UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 — N° 113

# Réflexions sur les Hernies diaphragmatiques

## (A propos de quarante observations personnelles)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Juillet 1952

par

Michel DAVID

*Né le 5 Février 1927 à RÉMALARD (Orne)*

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies
Diplômé de Médecine Aéronautique
Diplômé de Médecine Tropicale
Breveté de la Marine Marchande

Examinateurs de la Thèse { MM. BROUSTET, professeur, *Président*
FONTAN, professeur
DUBARRY, agrégé
VERGER, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 — N° 113

# Réflexions sur les Hernies diaphragmatiques

## (A propos de quarante observations personnelles)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Juillet 1952

par

Michel DAVID

*Né le 5 Février 1927 à RÉMALARD (Orne)*

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies
Diplômé de Médecine Aéronautique
Diplômé de Médecine Tropicale
Breveté de la Marine Marchande

Examinateurs de la Thèse { MM. BROUSTET, professeur, *Président*
FONTAN, professeur
DUBARRY, agrégé
VERGER, agrégé } *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

# FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

**DOYENS HONORAIRES :** MM. DUPÉRIÉ, CHELLE
**DOYEN :** M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPÉRIÉ, CHELLE

## PROFESSEURS :

| | MM. |
|---|---|
| Clinique médicale | N... / CREYX |
| Clinique chirurgicale | PAPIN / MASSE |
| Clinique d'accouchements | RIVIÈRE |
| Clinique gynécologique | MAGENDIE |
| Anatomie pathologique et microscopique clinique | DE GRAILLY |
| Anatomie | N... |
| Anatomie générale et histologie | MAYER |
| Hygiène et Clinique de la tuberculose | PIÉCHAUD |
| Médecine légale et médecine du travail | DERVILLÉE |
| Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale | REBOUL |
| Chimie | MESNARD |
| Matière médicale | GOLSE |
| Pharmacie | VITTE |
| Physiologie | FABRE |
| Clinique médicale des maladies des enfants | FONTAN |
| Zoologie et parasitologie | SIGALAS |
| Médecine expérimentale | N... |

| | MM. |
|---|---|
| Clinique ophtalmologique | BEAUVIEUX |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | N... |
| Clinique des maladies infectieuses | AUBERTIN |
| Chimie biologique et médicale | TAYEAU |
| Physique médicale et pharmaceutique | PIFFAULT |
| Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques | BONNIN |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JOULIA |
| Clinique des maladies des voies urinaires | DARGET |
| Clinique des maladies nerveuses et mentales | DELMAS-MARSALET |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN |
| Toxicologie et hygiène appliquée | CASTAGNOU |
| Clinique odonto-stomatologique | DUBECQ |
| Botanique et cryptogamie | GIRARD |
| Thérapeutique | BROUSTET |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

## MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

| | MM. |
|---|---|
| Parasitologie | PAUTRIZEL |
| Physiologie | Mlle ROUGIER |
| Bactériologie | MOUSTARDIER |

| | MM. |
|---|---|
| Pharmacie (1re section) | R. GOLSE |
| Pharmacie (2e section) | MASQUELIER |
| Pharmacie (3e section) | CAZAUX |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| | MM. |
|---|---|
| Médecine générale | SARIC / DUBARRY / F.-J. TRAISSAC / BERGOUIGNAN / LENG-LEVY |
| Chirurgie générale | POUYANNE / LAUMONIER / CHAVANNAZ |
| Chimie biologique | N... |
| Obstétrique | MAHON / CHASTRUSSE |

| | MM. |
|---|---|
| Ophtalmologie | BESSIÈRE |
| Oto-rhino-laryngologie | DESPONS |
| Dermatologie et syphiligraphie | LE COULANT |
| Histologie | N... |
| Pédiatrie et puériculture | VERGER |
| Médecine légale et médecine du travail | L'EPÉE |
| Electro-radiologie | LACHAPÈLE |
| Odonto-stomatologie | MARONNEAUD |
| Urologie | LANGE |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| | MM. |
|---|---|
| Médecine opératoire | DUFOUR |
| Accouchements | CHASTRUSSE |
| Puériculture | VERGER |
| Législation pharmaceutique | POPLAWSKI / COUSTOU |
| Anatomie | RIGAUD |
| Chimie minérale | BABIN |
| Cryptogamie | LAUBIE |
| Pharmacie galénique | MESNARD |

| | MM. |
|---|---|
| Organographie et physiologie végétale | TEMPÈRE |
| Chimie biologique | NEUZIL |
| Pathologie chirurgicale | LAUMONIER / VILLAR |
| Zoologie pharmaceutique | BAILENGER |
| Hydrologie pharmaceutique | CAZAUX |
| Chimie biologique analytique | MARQUEVIELLE |

*Le Secrétaire de la Faculté :* ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA GRAND-MÈRE

---

A MES PARENTS

---

A MA FIANCÉE

---

A MA FAMILLE

---

A MES AMIS

---

A Monsieur le Médecin-Général GALIACY

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé*
*de la Marine et des Troupes Coloniales,*
*Commandeur de la Légion d'honneur,*
*Croix de Guerre,*
*Médaille de la Résistance.*

---

A Monsieur le Médecin en Chef de 1re classe SIMON

*Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé*
*de la Marine et des Troupes Coloniales,*
*Médecin des Hôpitaux de la Marine,*
*Officier de la Légion d'Honneur*
*Officier d'Académie,*
*Médaille d'argent de l'Education Physique.*

---

AUX OFFICIERS DE L'ÉCOLE DE SANTÉ
NAVALE ET COLONIALE

---

## A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. DUBARRY

*Membre titulaire de la Société de gastro-entérologie,*
*Médecin des hôpitaux,*
*Officier d'Académie*

Qui nous a inspiré ce travail et nous en a fourni les bases en mettant ses observations à notre disposition.

Qu'il trouve, ici, l'assurance de notre profonde reconnaissance pour les conseils qu'il nous a prodigués et pour sa bienveillante sollicitude.

---

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VERGER

*Médecin des hôpitaux,*
*Officier d'Académie.*

---

MONSIEUR LE PROFESSEUR FONTAN

*Professeur de clinique médicale,*
*des maladies des enfants,*
*Médecin des hôpitaux,*
*Officier de l'Instruction publique.*

---

## A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUSTET

*Professeur de thérapeutique,*
*Médecin des hôpitaux,*
*Officier de l'Instruction publique*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse et a bien voulu nous communiquer quelques observations.

Toute notre respectueuse gratitude.

# INTRODUCTION

Depuis Ambroise Paré et Morgagni, la hernie diaphragmatique a été décrite par de nombreux auteurs. Si elle est nettement définie anatomiquement, grâce, surtout, à Cruveilhier et Akerlund, auteur d'une classification anatomique, son étiologie, sa symptomatologie, son évolution et ses complications sont loin d'être définitivement éclairées. C'est pourquoi, il ne nous a pas paru inutile de faire état des 40 cas que nous avons pu collationner. D'autant plus qu'en France, du moins, un tel ensemble d'observations est assez exceptionnel ; Jean Quému, notamment, n'apportait dans sa thèse maintenant classique, que 24 cas inédits.

Le titre de notre thèse définit nettement son objet. Il n'est nullement dans notre intention de faire une étude générale des H.D. Nos conclusions découlent des 40 cas que nous apportons et n'ont, en rien, la prétention de s'appliquer aux hernies diaphragmatiques, dans leur ensemble.

Presque toutes nos observations nous ont été fournies par un gastro-entérologue, le Professeur agrégé Dubarry. Un cardiologue, le Professeur Broustet, nous en a communiqué deux et nous a donné des renseignements complémentaires sur une troisième. Enfin, nous remercions M. le Médecin principal Gourvès de nous avoir apporté un cas fort intéressant de H.D. à forme hémorragique. On ne peut donc déduire de cette statistique, qu'en général les 9/10e des cas de H.D. ont une symptomatologie digestive. En effet, notre enquête n'a été effectuée, ni auprès des pneumologues, ni auprès des hématologues. Sans doute faut-il voir là, la raison pour laquelle nous ne présentons que

quelques formes anémiques, alors qu'en présence de toute anémie, qui ne fait pas sa preuve, on cherche, actuellement, une H.D. De même, nous n'avons pas interrogé les radiologistes qui, seuls, peuvent déceler, au cours d'examens thoraciques systématiques, des hernies, cliniquement silencieuses. Et enfin, la rareté de nos hernies d'origine traumatique peut s'expliquer par le fait qu'aucun chirurgien n'a participé à notre travail. Par conséquent, bien que nous pensions que les formes digestives sont les plus nombreuses, ce n'est qu'avec ces réserves que nous donnons quelques précisions statistiques.

C'est aussi la limitation stricte de nos réflexions à nos cas personnels, qui explique la brièveté de certains chapitres. Par exemple, celui consacré à la radiologie, sera relativement court, puisque nous ne présentons aucun cas curieux, tel qu'une H.D. droite ou qu'un colon intra-thoracique. Egalement, notre bibliographie se limite aux quelques ouvrages ou publications que notre travail nous a amenés à consulter.

Par ailleurs, nous nous sommes efforcés d'établir une classification symptomatologique de nos observations. Si elle n'a offert aucune difficulté pour certaines formes bien définies, anémiques ou hémorragiques, pour les autres, nous nous sommes fondés, d'abord sur le symptôme prédominant, puis sur la localisation des troubles. Enfin, nous avons essayé de rassembler les observations évoquant un syndrome identique. Mais ceci ne préjuge, en rien, de la nature véritable des troubles du malade, c'est ainsi qu'un sujet présentant, à première vue, un syndrome ulcériforme et classé comme tel, est, en réalité, un hernieux en même temps qu'un biliaire.

Nous avons jugé bon, au seuil de notre travail, de donner ces quelques précisions, afin d'en faire connaître les bornes exactes et les apparentes contradictions.

## OBSERVATIONS

### I. — *Formes anémiques.*

Observation 1 (due à l'obligeance de M. le Professeur Broustet)

Madame C..., 72 ans, nous est amenée en 1950 parce que très fatiguée, elle ne peut plus marcher. Elle a une faiblesse qui l'empêche de se déplacer et des bourdonnements. Elle n'a pas été améliorée par une thérapeutique toni-cardiaque. A la vérité, d'ailleurs, elle a plus d'épuisement que de fatigue et bien qu'elle ait une gêne thoracique, on ne peut pas parler d'un syndrome angineux franc. Elle manque d'appétit; cependant, elle n'a pas de troubles digestifs, elle ne vomit pas on a vérifié l'absence de sang dans ses selles, elle a légèrement maigri.

A l'examen, nous sommes frappés par sa pâleur qui est tout à fait marquée et par son aspect légèrement bouffi. Les conjonctives sont légèrement décolorées, la langue est un peu dépapillée mais sans qu'il s'agisse franchement d'une langue de Hunter. La tension artérielle est à 16-8, l'électrocardiogramme est strictement normal, radiologiquement, les dimensions du cœur sont correctes. Un examen de sang montre une anémie isochrome importante à 2.500.000 globules rouges, sans mégaloblastes. La radiographie révèle une très importante hernie diaphragmatique de l'estomac. Néanmoins, le traitement chirurgical n'est pas envisagé, on donne à la malade un traitement anti-anémique avec du protoxalate de fer, de l'acide ascorbique et de la vitamine B 12. Le résultat est tout à fait remarquable; le taux globulaire remonte à 5.000.000, son appétit redevient excellent et la sensation de fatigue de dyspnée et de gêne à la marche disparaît.

Tout va si bien que Madame C... oublie la nécessité d'une thérapeutique permanente et en mai 1951 ses globules diminuent à

3.800.000, mais avec une reprise de la vitamine B 12 tout rentre dans l'ordre. Depuis lors, Madame C... se porte bien en faisant simplement une thérapeutique anti-anémique.

On porterait chez cette malade très facilement le diagnostic de maladie de Biermer, n'était le taux de sa formule sanguine qui montre une anémie isochrome qui n'a pas montré de mégaloblastes, dans son sang, la ponction médullaire n'a pas été faite.

Observation 2 (due à l'obligeance de M. le Professeur Broustet)

C'est en 1942 que nous commençons à soigner Madame D..., alors âgée de 37 ans. Elle est asthmatique et eczémateuse. En 1946, âgée de 41 ans, elle devient beaucoup plus fatiguée; elle a des syncopes qui s'expliquent assez mal, quelquefois après les repas. Elle est à ce moment très gênée, et a une impression de lourdeur, de gêne épigastrique, sa digestion est mauvaise, son appétit a diminué. Nous la trouvons pâle.

L'examen montre à côté de l'asthme une anémie isochrome à 3.000.000 de globules. Une radiographie montre une hernie diaphragmatique importante de l'estomac. Une ponction sternale est en outre pratiquée et montre une diminution globale de la lignée érythroblastique, sans formes anormales.

Nous conseillons à la malade un traitement par des extraits hépatiques et du fer en grosse quantité avec une médication sédative et des absorbants. La malade, au bout de trois mois, va beaucoup mieux, en dehors de quelques manifestations asthmatiques très atténuées. Depuis, lors, elle continue à prendre des médications anti-anémiques et se maintient en bonne santé.

Observation 3.

En janvier 1947, Madame A..., 45 ans, se plaint de troubles progressifs depuis 8 à 9 mois, d'abord de fatigue, puis de dyspnée d'effort, avec une légère inappétence sans intolérance, sauf des nausées après le porc et les haricots. Par ailleurs : émission de gaz, augmentée, clapotement gastrique, selles très pâteuses, réveil assez difficile et amaigrissement depuis deux mois. Numération glo-

bulaire : anémie hypochrome sans cellules immatures à 2.680.000 hématies.

Antécédents : un prolapsus utérin. Le repas baryté montre une volumineuse hernie diaphragmatique.

En conclusion : hernie hiatale à forme anémique. Un régime antidyspeptique et un traitement antianémique semblent avoir remis assez rapidement la malade sur pied.

Observation 4.

En octobre 1949, Madame E..., 69 ans, traitée depuis longtemps pour hypertension et troubles cardiaques (dyspnée, palpitations), se sent de plus en plus fatiguée depuis deux ans, avec amaigrissement relatif. Depuis longtemps, elle est pâle, mais depuis un mois son visage a pris la teinte jaune paille. Parfois, la digestion est pénible avec sensation, soit de ballonnement, soit de douleurs épigastriques en barre. Par ailleurs, bon appétit, sans intolérance alimentaire, tendance à la constipation. Numération globulaire : anémie légèrement hypochrome à 2.620.000 globules rouges.

Antécédents : rhumatisme goutteux et crises de coliques néphrétiques. A l'examen : une obèse. L'examen radiologique montre une hernie de la grosse tubérosité par le hiatus œsophagien, du volume d'une orange.

En conclusion : hernie diaphragmatique à forme anémique expliquant les troubles digestifs et cardiaques. On ne peut prescrire à cette malade qu'une médication symptomatique, son âge et son importante obésité faisant rejeter toute indication opératoire. Cette femme est morte un mois après, avec une dyspnée importante, son anémie n'ayant fait que croître.

II. — *Formes hémorragiques.*

Observation 5 (due à l'obligeance de M. le Docteur Gourvès)

M. N..., 60 ans, entre d'urgence à l'hôpital pour hématémèse et mélaena abondants, le 9 septembre 1950. Depuis deux jours il a ressenti des douleurs abdominales vagues à type de tension et des selles noires. Dans la journée du 9 septembre, il est pris d'une

asthénie intense, puis, vers 16 heures, à la suite d'une crise très douloureuse, il évacue du sang par l'anus et peu de temps après, il vomit des caillots de sang. La même crise se reproduit vers minuit et motive son hospitalisation d'urgence. Antécédents : un accident douloureux du même type se serait produit il y a quatre mois mais sans hémorragie. A l'examen, abdomen ballonné, cœur arythmique, tension satisfaisante. Numération globulaire : anémie à 3.250.000 hématies. Le malade est mis au traitement antihémorragique, durant deux mois, les selles noires ayant persisté un mois.

Fin novembre 1950, la radiographie montre en décubitus et en Trendelenburg, une hernie diaphragmatique par le hiatus œsophagien du volume d'une orange comprimant un œsophage de longueur normale dont la terminaison est sus-diaphragmatique, sans autre image pathologique. L'intervention est refusée par le malade.

En décembre, le malade présente des œdèmes des membres inférieurs, d'origine probablement carentielle, à la suite d'une diète prolongée. Le traitement polyvitamique et hépatique les fait rapidement disparaître. Depuis lors, M. N..., revu récemment, n'a plus aucun symptôme, et a repris ses occupations sans suivre ni traitement, ni régime.

Observation 6.

M. C..., 43 ans, vu pour la première fois en avril 1951, a depuis trois à quatre ans, des digestions un peu pénibles avec légère asthénie. Il y a quinze jours, il a été pris de vertiges avec grande asthénie. Vers 2 heures du matin, il a vomi en une fois, près d'un litre de sang. Depuis, il est au repos complet. Dans les jours suivants : quelques selles avec du melaena sans autre hématémèse.

Antécédents : il y a vingt ans, un accident d'auto ayant produit une rupture du diaphragme avec une hernie diaphragmatique. Il avait alors vomi un peu de sang, mais n'a plus rien ressenti par la suite.

L'examen radiographique montre un affaissement de la paroi thoracique droite avec une hernie diaphragmatique comme un œuf de poule.

Mis au régime antidyspeptique et à un traitement symptoma-

tique, il est revu près d'un an après. A la suite d'une longue période de bonne santé, il a souffert pendant une douzaine de jours de douleurs épigastriques semi-tardives pouvant faire penser à une poussée ulcéreuse. Néanmoins, de nouveaux clichés ne décèlent aucun ulcère, l'on est en droit de penser qu'il ne s'agit que d'une poussée inflammatoire de gastroduodénite au niveau du collet herniaire.

Observation 7.

C'est en mars 1952 que vient consulter Madame C..., 50 ans, qui, il y a quatre ans, a eu une hémorragie unique rectale de sang rouge (1/4 de litre) précédée d'une hématémèse marc de café. Depuis 15 jours, douleurs dans les régions inguinales irradiant vers les lombes, uniquement quand la malade est debout, et quand elle marche, sensation de tiraillement. Par ailleurs : pyrosis et intolérance aux aliments acides.

Antécédents : une hernie ombilicale opérée à Paris et une cure de hernie inguinale en 1930. Le repas baryté révèle une hernie diaphragmatique par brachyœsophage.

III. — *Formes essentiellement douloureuses.*

1) Symptomatologie abdominale.

Observation 8.

Depuis quelque temps, Madame B..., 80 ans, a des douleurs dans la région lombaire gauche et dans le flanc gauche avec irradiation vers la région pubienne, des névralgies sacrées précédant la crise. Les douleurs survenant après les repas du midi cèdent à la position couchée mais réapparaissent assez souvent 1 à 2 heures après et reviennent environ une demi-heure après le repas du soir mais jamais la nuit. En plus : sensation de boule rétrosternale montant et descendant sans horaire précis ni coïncidence avec les crises douloureuses. Durant ces crises, besoin de selles, sans évacuation, en dehors des crises, selles soit très dures, soit liquides.

La radiographie gastrique permet de diagnostiquer une hernie diaphragmatique.

Observation 9.

M. F..., 67 ans, qui a subi, en octobre 1948, une gastrectomie subtotale par H. Lefèvre pour cancer gastrique, vient consulter dix-huit mois après, se plaignant d'une barre épigastrique ou rétro-sternale post-prandiale, l'obligeant à restreindre l'alimentation et à s'allonger après les repas. Il pèse 36 kilos. On palpe quelques nodules sous-xiphoïdiens et il y a un peu d'ascite. La radiologie montre une hernie diaphragmatique, du moignon de la gastrectomie presque totale auquel fait suite un défilé étroit mais qui paraît souple. On ne peut prescrire qu'un traitement palliatif, les métastases néoplasiques étant certaines. Il meurt trois mois après.

a) Avec tableau d'allure hépato-biliaire.

Observation 10

Depuis 10 ans, en février 1947, Madame B..., 52 ans, se plaint d'aigreurs toute la journée, de ballonnement post-prandial avec émission très augmentée de gaz. Depuis 5 ans, elle a des nausées ou vomit toutes les nuits aux environs de minuit. Depuis 3 mois, elle ressent 4 heures après les repas, une impression d'obstruction du flanc gauche, sans irradiation, avec des pituites et des nausées. En quelques mois, elle a maigri de 25 kilos.

Antécédents : hystérectomie totale en 1921 et hernie étranglée en 1944. A l'examen, une hernie ombilicale très douloureuse, un foie normal, mais un signe de Mallet-Guy confirmant l'impression clinique qu'une partie de ces troubles est due à un mauvais fonctionnement vésiculaire. Poids, 70 kilos. Mais, en outre, la radiographie gastrique montre une importante hernie diaphragmatique de la grosse tubérosité et deux diverticules duodénaux de D2.

Traitée par l'hyposulfite de soude, l'acide déhydrocholique et la chaleur, elle est revue un mois après. Très améliorée, elle ne vomit plus, les crises sont plus espacées, plus courtes et moins fortes.

Elle est revue en septembre 1950. Elle a subi des alternances de bonnes et de mauvaises périodes. Durant les bonnes périodes, elle ne se plaint que de pesanteur abdominale vers 18-19 heures et 1 et

2 heures. Mais pendant les crises, elle souffre de douleurs intenses pouvant aller jusqu'à un état de choc. Cholécystrographie : vésicule atonique se devinant assez difficilement. L'intervention est conseillée un mois plus tard en vue d'une cure de la hernie diaphragmatique, de l'ablation des diverticules, d'une cholécystectomie, si l'on découvre une lithiase.

### Observation 11.

Depuis très longtemps, M. M..., 64 ans, vu en février 1952, digère mal avec parfois obligation de se faire vomir pour se dégager; de plus, brûlures 2 heures après les repas. Depuis 2 ans, appétit meilleur, mais 2 à 3 heures après les repas, nombreux renvois gazeux avec fort tiraillement épigastrique très douloureux soulagé par le bicarbonate. S'il se baisse à ce moment, le malade a l'impression de brûlure épigastrique haute. Cholécystographie : vésicule petite, mal colorée, sans calcul visible. Un traitement par cholagogues l'a un peu amélioré, le ballonnement a diminué, mais le tiraillement persiste ainsi qu'une somnolence post-prandiale. Une selle molle par jour. Antécédent : une hernie inguinale.

A l'examen, le carrefour hépatique est très douloureux, le signe de Murphy est très électif et une petite hernie épigastrique indolore. Il semble donc s'agir de troubles d'origine hépato-biliaire, mais, de plus, la radiologie montre une hernie diaphragmatique visible seulement en position couchée, grosse comme une mandarine et réductible avec brachyœsophage. Egalement, signes de gastroduodénite et probabilité de diverticule de D2. Ce malade est mis au régime ainsi qu'au traitement hépatique (extrait de foie et méthionine) et antigastritique (hormone parathyroïdienne).

### Observation 12.

Mademoiselle C..., âgée de 18 ans, en mai 1952, à qui l'on a découvert une volumineuse hernie diaphragmatique, il y a 5 ans, lors d'un examen radiographique pulmonaire, à l'occasion d'une bronchite, se plaint depuis 6 mois, de douleurs épigastriques en barre, intermittentes, sans horaire fixe, mais assez souvent vers

midi. Elle a eu 7 à 8 crises de plus en plus rapprochées, qui ont duré 1 heure, sans ballonnement. Elle a souvent dû s'étendre, mais auparavant, elle devait se plier en deux. Une seule fois, une nausée a marqué la fin de la crise. En dehors des crises, elle se porte bien : appétit et digestion excellents, gaz normaux; haleine forte au réveil, quelques palpitations, céphalée frontale assez fréquente. C'est une nerveuse, tachyphage qui a maigri de 3 kilos depuis 2 à 3 mois, actuellement, 48 kilos.

Antécédents : un père hépatique. A l'examen, signe de Murphy très électif.

Il semble donc s'agir ici d'une hernie diaphragmatique congénitale, étant donné l'âge de la malade. Il reste à savoir si ces crises d'apparition récente sont dues à cette hernie ou à une origine biliaire (signe de Murphy positif, haleine forte, quelques nausées, céphalée frontale).

### Observation 13.

Il y a 18 mois, Madame L..., 53 ans, vue en mars 1945, à la suite d'un repas particulièrement indigeste, a été prise d'une violente douleur épigastrique avec vomissement. On avait diagnostiqué une hernie diaphragmatique. Depuis lors, après chaque écart de régime, barre épigastrique durant une demi-heure. De plus, après chaque repas, ballonnement épigastrique avec intolérance particulière aux œufs, aux féculents, au chocolat, aux sauces et à la charcuterie, réveil nauséeux et pénible des biliaires. Il y a 7 jours, crise épigastrique plus violente que les autres vers 17 heures, en circulant en ville. Elle a dû rentrer rapidement chez elle, où son médecin lui a fait une injection de morphine. Elle a eu un petit vomissement pituiteux.

Antécédents : un ictère à 30 ans suivi de ménopause précoce et, il y a deux ans, ablation d'un kyste de l'ovaire.

A l'examen, un signe de Murphy et cellulite des membres inférieurs et de l'abdomen. Cholécystographie : grosse vésicule mal colorée avec impression de calculs en procubitus (un an auparavant, la vésicule n'était pas visible). Un nouvel examen radiologique baryté confirme l'existence d'une importante hernie hiatale, visible même en position debout. En résumé, il semble y avoir

intrication de phénomènes dus à la lithiase vésiculaire et à la hernie diaphragmatique. Elle est mise au régime et traitée par les cholagogues. Un séjour à Vichy est conseillé.

Observation 14.

En septembre 1951, Madame L..., 67 ans, se plaint depuis 1 an et demi de brûlures épigastriques avec pyrosis, 2 heures après les repas, par petites périodes de 4 à 5 jours suivies de calmes d'une semaine.

Il y a un mois et demi, crampes très fortes dans la région épigastrique irradiant en ceinture en arrière, tous les jours durant 15 jours de 15 heures à 19 heures, soulagées par des vomissements. Il y a quelques jours, rechute, à la suite d'un écart de régime.

Appétit diminué, éructations nombreuses et gargouillements importants. Réveil avec bouche mauvaise, selles normales. A maigri depuis 1 an, actuellement 54 kilos. Cette femme a souffert de l'estomac pendant 3 mois, il y a 40 ans, à la suite de la mort de son père.

A l'examen : carrefour sous-hépatique très douloureux. La clinique permettant de s'orienter vers une histoire vésiculaire, sans que le diagnostic d'ulcère de la petite courbure puisse être écarté, des examens radiographiques permettent de conclure à une vésicule scléroatrophique bourrée de calculs et à une hernie diaphragmatique de la grosseur d'une noix. Elle est mise au régime des biliaires et traitée par pansements gastriques, hormone parathyroïdienne et cholagogues doux.

b) Formes douloureuses périodiques d'allure ulcériforme

Observation 15.

Depuis 25 ans, M. L..., âgé de 71 ans en juillet 1951, se plaint de coliques, mais plus souvent, d'une sensation de barre à l'estomac, après les selles de 10 heures jusqu'à midi où elle est calmée par l'alimentation, puis de nouveau vers 15-16 heures, le repas du soir ne soulageant parfois que partiellement. Ces crises douloureuses évoluent par périodes de 2 mois.

A trois reprises (1943-1945-1949) épisodes aigus de coliques importantes, avec faux besoins, ténesme, émission exagérée de gaz par l'anus, gargouillement et amaigrissement. Depuis un mois, une nouvelle période de coliques, avec une seule selle par jour, molle, sans sang, et de nausées. Bon appétit, seule une intolérance aux œufs, aux sauces et aux graisses, quelques troubles du réveil de type biliaire.

Repas baryté : hernie diaphragmatique de la taille d'une mandarine, vue de face et en position debout. On institue un traitement antigastritique à base d'hormone parathyroïdienne et de poudres inertes en même temps qu'un stimulant biliaire avec un régime hypotoxique.

### Observation 16.

Madame D..., 50 ans, souffre depuis 5 à 6 ans, en mars 1950, par périodes de 2 à 3 jours, de crampes survenant sans horaire fixe, surtout lorsque le malade se baisse et cédant quand elle se relève, n'apparaissant pas en position couchée ou debout, mais en position assise.

Depuis près de 2 ans, les périodes sont plus longues et durent 3 semaines à 1 mois et tendent à se souder. Tous les jours, après les repas, sensation de ballonnement sus-ombilical avec quelques renvois et brûlure, mauvaise bouche le matin, tendance à la constipation, intolérance aux aliments gras et aux féculents. Depuis 2 ans, la malade a pris 25 kilos (elle avait auparavant considérablement maigri à la suite d'intervention pour hernie crurale compliquée de phlébite en 1944).

Autre antécédent : un prolapsus utérin et une hernie crurale.

A l'examen : poids, 82 kilos, paroi abdominale très adipeuse avec inflitration cellulitique et une hernie épigastrique très probable. Un ulcus de la petite courbure pouvant être envisagé, on fait un examen radiographique baryté qui met en évidence une hernie diaphragmatique. Mise au régime, traitée par l'hyposulfite de soude et le bismuth; elle est revue 2 ans plus tard (1-2-52). Elle est très améliorée et supporte même quelques écarts de régime, mais a, de temps en temps, pendant la nuit, des douleurs dans le dos, les régions hépatique et pelvienne.

### Observation 17.

M. P..., 43 ans (janvier 1948), s'est bien porté jusqu'à il y a 18 mois où il a souffert par petites périodes, à quelques jours d'intervalle, de sensations de torsions sous-xiphoïdiennes. 2 à 3 heures après les repas et durant 15 à 20 minutes puis cédant spontanément. En même temps, il a maigri de 3 kilos, car il a réduit son alimentation. Un traitement à la belladone amena l'arrêt des troubles, mais ils reprirent 8 mois après où une radiographie révéla un mégaœsophage avec hernie diaphragmatique. Reprise des troubles en octobre 1947, puis il y a une quinzaine de jours, avec deux syncopes et des selles noires, sans qu'on puisse parler de melaena. Par ailleurs : tendance à la constipation et intolérance élective à la salade.

A l'examen : foie de 15 cm. Un nouvel examen radiologique, étant donné la suspicion clinique d'ulcère, ne montre rien d'autre que la précédente, la hernie diaphragmatique étant du volume d'une grosse orange. A la suite d'un traitement par l'hormone parathyroïdienne, les extraits hépatiques et les sédatifs, ce malade, revu quelques mois plus tard, s'est trouvé très amélioré.

### Observation 18.

En octobre 1951, Madame C..., 62 ans, souffre depuis un mois d'une douleur permanente dans l'hypocondre gauche, surtout la nuit à partir de 23 heures, avec en même temps des coliques. Des éructations, assez souvent difficiles, amènent un certain soulagement. De plus, de temps en temps, brûlures et pyrosis 1 à 2 heures après les repas. En réalité, elle souffre depuis 2 ans, par périodes de 1 à 2 mois, séparées par des accalmies de 2 à 3 mois. Parfois, vers 17 heures et minuit, vomissements alimentaires et glaireux qui soulagent. Antécédents : hystérectomie à 52 ans.

A l'examen : tendance adipeuse, bien que la malade dise avoir maigri depuis quelques mois. L'origine de ces troubles dyspeptiques d'allure ulcériforme ou plus exactement hypersthénique, peut être précisé grâce à la radiologie gastrique qui décèle une hernie diaphragmatique et des signes nets de gastro-duodénite. Un traitement symptomatique à base d'hormone parathyroïdienne, de sédatifs

nervins et de pansements gastriques, est prescrit ainsi qu'un régime.

Observation 19.

En décembre 1948, Madame M..., âgée de 60 ans, chez qui une hernie diaphragmatique importante de la grosse tubérosité a été diagnostiquée, il y a 17 ans et se retrouve constamment depuis, vient consulter car depuis des années, elle présente un syndrome ulcériforme, souffrant de l'estomac par périodes de plusieurs mois séparées par plusieurs semaines de calme. Ces périodes se sont rapprochées. Depuis cet été, elle souffre à peu près tous les jours, et au réveil, fatigue avec pyrosis calmé par le petit déjeuner. Les crises douloureuses se situent de 15 à 17 heures et de 23 heures à 1 heure, mais depuis quelque temps, la douleur débute subitement après les repas, dans le bas du ventre et remonte pour devenir rétrosternale. Très fatiguée, elle doit s'étendre. En même temps, sensation de tension abdominale avec impression de liquide remontant dans l'œsophage. La crise se termine par des baillements. Par ailleurs, intolérance aux féculents, aux graisses et aux œufs, tendance à la constipation, dyspnée d'effort et crampes fréquentes au niveau des membres inférieurs, gain pondéral depuis 1 an.

A l'examen : vésicule sensible ainsi que la région xiphoïdienne. Cholécystographie : vésicule exclue. Mise au régime des biliaires et au traitement cholagogue et anti-spasmodique, la malade, revue à plusieurs reprises, s'améliore progressivement.

Observation 20.

M. M..., âgé de 44 ans, vu en octobre 1946, a présenté en 1938 un syndrome ulcéreux typique : périodes douloureuses de 3 à 4 semaines séparées par des périodes de calme de 2 à 3 mois. La crise était calmée soit spontanément soit par l'alimentation. Jusqu'en juin 1944, n'a plus souffert. A cette époque, a eu du melaëna pendant une semaine, suivi d'anémie aiguë. De même, en mars et septembre 1946, nombreux épisodes de melaena sans douleur concomitante. De plus, depuis un an, névralgie intercostale gauche, de siège et d'horaire variables, durant quelquefois 3 à 4 jours, ne survenant jamais dans la position allongée, non calmée par l'ali-

mentation. Il y a 20 ans, ce malade a été enterré à la suite de l'éboulement d'une carrière de sable avec hématurie et peut-être hémothorax gauche.

A l'examen, un peu de météorisme abdominal, submatité des 2/3 inférieurs de l'hémithorax gauche avec diminution du murmure vésiculaire et présence de gros borborygmes au-dessus du diaphragme à ce niveau. Examen radiographique gastrique : hernie diaphragmatique gauche très soulevée, l'estomac en point d'interrogation étant presque entièrement derrière le gril costal. L'intervention est conseillée.

Observation 21.

En janvier 1950, M. B.., 58 ans, a, depuis 2 ans, des douleurs abdominales durant 1 à 2 mois (séparées par des calmes complets de 3 mois), soit sus-ombilicale, soit sous-ombilicale avec irradiation à gauche, si bien que finalement tout l'abdomen est douloureux. Au début de la période, la douleur assez haute avec sensation d'oppression commence 1 heure après les repas, tandis qu'à la fin, sous-ombilicale, elle ne commence que 3 à 4 heures après les repas. De durée variable (demi-heure à plusieurs heures), elles sont calmées par le bismuth et la chaleur. Ballonnement de tout l'abdomen et coliques pendant les périodes douloureuses, hoquet parfois incoercible déclenché par les aliments pris sans liquide. Bon appétit mais le malade se retient et suit un régime, bien qu'un repas normal n'augmente pas les douleurs, 3 selles pâteuses par jour quand il souffre. Tachyphage, il a le réveil des biliaires.

Antécédents : hyperacidité gastrique avec des brûlures pendant 20 ans avec des pituites. En 1940 : crise abdominale aiguë pendant quelques heures tous les jours durant une semaine, ayant cessé subitement.

Il s'agit d'un sujet pléthorique de 83 kilos avec une mauvaise haleine et une langue saburrale. Examen radiologique baryté : une hernie diaphragmatique, cholécystographie : vésicule normale.

Traitement antigastritique (hormone parathyroïdienne) et un régime sont prescrits.

Ce malade est revu près d'un an après. Amélioré à la suite du traitement par l'hormone parathyroïdienne, il a recommencé le

traitement et après un syndrome infectieux, il a fait un petit shock suivi le lendemain et durant quelques jours d'un melaéna important. Depuis, 1 à 2 heures après l'ingestion de liquide, douleur dans la région de l'ombilic avec irradiation dans tout l'abdomen. A l'examen : vésicule grosse, la palpation provoque une douleur marquée dans toute la région sous-hépatique.

Depuis lors, état du malade satisfaisant jusqu'à ces derniers temps où il a dû subir une intervention pour coxarthrie et une infection post-opératoire a nécessité la prise d'antibiotiques (chloromycétine, auréomycine) qui paraissent avoir déclenché une poussée gastritique avec des crises très douloureuses.

OBSERVATION 22.

Madame T..., âgée de 63 ans, en septembre 1951, a subi, il y a 34 ans, une hystérectomie et depuis souffre de l'estomac par périodes de 15 jours à 1 mois (2 périodes par an en général), surtout l'été après une grosse fatigue ou un écart de régime. Il y a 20 ans, une petite hématémèse de sang rouge. En février dernier, très fatiguée et anémiée (1.600.000 globules rouges), elle a ressenti des douleurs épigastriques 3 à 4 heures après les repas, non calmées par l'alimentation. En même temps, crampes au réveil, faim impérieuse vers midi, ballonnement abdominal vers 16-17 heures et douleurs dans le bas-ventre. A cette époque, elle a vomi deux petits caillots de sang et a eu des selles noires pendant quelques jours. Traitée au bismuth et au bromure-atropine intraveineux, elle est soulagée. Son état général s'améliore et l'anémie disparaît (actuellement 4.150.000 hématies). Néanmoins, depuis lors, malaise vers 16 heures avec point douloureux dans la région caecale, ballonnement diffus et nombreuses éructations. De temps en temps, quelques crampes épigastriques isolées, d'horaire tardif. Le matin, réveil pénible avec asthénie, énervement, langue saburrale, nausées, vertiges et céphalée frontale. Appétit satisfaisant, mais intolérance aux crudités, aux mets gras, aux féculents, aux sauces. La constipation est la règle, mais lorsque la malade souffre, elle alterne avec la diarrhée. Tachyphage, très nerveuse, dort mal et a perdu 29 kilos depuis février.

Antécédents : aortite, appendicectomie en 1918 et petit ictus, il

y a un an. A l'examen : sensibilité du flanc droit et signe de Murphy.

Il semble donc s'agir d'une dyspepsie périodique du type hypersthénique ,s'étant aggravée depuis quelque temps avec une intrication de troubles d'origine hépato-biliaire et colitique. Transit gastro-intestinal : hernie diaphragmatique du volume d'une petite mandarine et nombreux diverticules coliques, mais aucun signe d'ulcère. Traitement prescrit : pansements gastriques, hormone parathyroïdienne et stimulant hépato-biliaire ainsi qu'un régime anticolitique.

Observation 23.

Madame R..., 69 ans, en décembre 1948, souffre depuis une vingtaine d'années, de douleurs épigastriques par périodes d'un mois, sans cause déclenchante apparente. Depuis huit mois, les périodes sont devenues plus longues (plusieurs semaines), et depuis deux mois, tous les jours, douleurs rétrosternales, épigastriques et dans le flanc gauche, tardives, vers 10 heures et 16 heures, atténuées par la position étendue, durant à peu près 1 heure. Par ailleurs, tendance à la constipation. Examen négatif, poids, 59 kilos.

Il s'agit donc d'un syndrome ulcéreux assez typique dont le repas baryté ne peut faire la preuve. A la rigueur, on peut soupçonner l'existence d'une niche un peu postérieure dans l'angle de la petite courbure. Par contre, en position de Trendelenburg, une hernie diaphragmatique est nettement visible. Un régime large de dyspepsie hypersthénique est prescrit ainsi qu'un traitement par l'hormone parathyroïdienne et des pansements gastriques.

Observation 24.

*Observation publiée par MM. Magendie, Dubarry et Tingaud, à la séance du 18 février 1946 de la Soc. Anat. clin. de Bordeaux*

M. R..., 82 ans, en 1944, qui a eu il y a 12 ans une période de douleurs épigastriques quotidiennes, se plaint de nouveau depuis deux ans de troubles digestifs périodiques qui ont commencé quelque temps après une crise douloureuse xiphoïdienne violente sur-

venue en coupant du bois. Ce sont des périodes douloureuses de 8 jours à 1 mois séparées par des intervalles également très variables (quelques jours à 4 mois). La période actuelle dure depuis 2 mois avec des troubles sautant parfois 1 jour ou 2, qui surviennent en mangeant et débutent par un poids xiphoïdien l' bligeant à s'arrêter de manger. Survient alors une dysphagie plus marquée pour les liquides que pour les solides. Il est obligé de s'étendre, puis la crise cesse par un vomissement (parfois provoqué) très important d'un liquide aqueux, une fois marc de café.

Le repas baryté montre un estomac en grande partie thoracique par hernie diaphragmatique, la portion d'estomac intrathoracique devant être volvulée autour de son axe longitudinal et au niveau du diaphragme de telle sorte que la petite courbure est antérieure et gauche dans la portion intrathoracique. De plus, il y a une dilatation œsophagienne au-dessus du cardia.

Enfin, sur la portion endothoracique de la petite courbure existe une saillie qui paraît devoir être interprétée, étant donné, également, l'histoire clinique comme une niche ulcéreuse. Ce malade est traité médicalement, son âge permettant difficilement d'envisager une intervention.

Depuis lors, il a continué à vomir tous les 3 ou 4 jours. Le 11 février 1946, une crise abdominale très douloureuse, motive son entrée en clinique; à son arrivée, la douleur devient de plus en plus insupportable et il tombe peu à peu en collapsus. A l'examen, le ventre paraît prêt à éclater avec deux rotondités sus-ombilicale et sous-ombilicale. Il meurt avant qu'on puisse l'opérer.

A l'autopsie : beaucoup de gaz sous tension, estomac en grande partie thoracique, avec adhérences de la grosse tubérosité. En plus, large perforation à cheval sur l'étranglement herniaire.

En conclusion : H.D. étranglée avec perforation gastrique.

### Observation 25.

*Observation publiée par J. Dubarry, P. Rumeau et Mlle Couteau à la séance du 10 mai 1948 de la Soc. anat. clin. de Bordeaux*

En décembre 1949, Madame Ch..., 62 ans, se plaint de périodes douloureuses à type ulcéreux avec douleurs périombilicales tardives, vomissements glaireux, parfois alimentaires, anorexie, consti-

pation opiniâtre mais sans dysphagie. Ces troubles dyspeptiques très anciens et longtemps très vagues, ne sont devenus périodiques et de caractère ulcéreux que depuis 4 ans. L'examen radiologique montre sur le bord gauche de la portion terminale de l'œsophage thoracique, une poche contenant de la baryte, surmontée d'une bulle d'air, tantôt piriforme, tantôt arrondie, qui a son maximum lors de l'écoulement de la bouillie dans l'œsophage. En outre, il existe une grosse niche située exactement sous le diaphragme. On pose le diagnostic d'ulcère du cardia et de hernie gastrique.

Depuis lors, elle est revue régulièrement. Un traitement anti-ulcéreux l'améliore. Seules persistent des périodes douloureuses de 1 à 2 mois mais parfaitement supportables. Les examens radiologiques de contrôle montrent la disparition intermittente de la poche susphrénique mais il y a une sténose médiogastrique en rapport avec une image typique du tiers supérieur de la petite courbure, vue seulement lors des périodes douloureuses, celle-ci correspondant à la niche vue au niveau du cardia quand la grosse tubérosité est herniée. La malade se montre très opposée à une intervention.

Après Noël 1947, vomissements plus fréquents et nouvelle période douloureuse avec des douleurs violentes à la base du thorax, irradiant en arrière, durant beaucoup plus longtemps et perdant le rythme post-prandial. De plus, anorexique, ne s'alimentant plus, par peur de souffrir. Hospitalisée le 24 janvier 1948, très amaigrie. La palpation haute de l'abdomen réveille une douleur intense en ceinture, avec défense nette de tout l'épigastre, surtout à gauche. On institue un traitement au bromure-atropine et l'oxyferriscorbone sodique. Le 23 février, un syndrome pleural gauche apparaît et une ponction ramène 20 cc d'un liquide café au lait. Elle décède dans la nuit, après avoir fait trois petites hématémèses de sang noirâtre.

A l'autopsie : perforation de la petite courbure gastrique, incomplètement bouchée par le lobe gauche du foie avec des traces de l'adhérence. D'autre part, la grosse tubérosité est adhérente au diaphragme avec perforation dans la plèvre gauche où existe un épanchement purulent. Enfin, on trouve un large orifice œsophagien par lequel la portion juxtacardiaque de la grosse tubérosité pouvait se hernier.

Observation 26.

Il y a un an, décembre 1950, Madame S..., 76 ans, a eu une fois des selles noires, succédant à des sensations lipothymiques. Durant l'été 1951, une douleur sourde au niveau de l'estomac, presque tous les jours vers 18 heures. Il y a 15 jours, la douleur est réapparue à la même heure, mais plus forte. Au bout d'une semaine, vers 22 heures, elle a vomi un peu de sang noir. Les douleurs ont continué avec des nausées et des petites pituites. Appétit médiocre, selles normales, avec tendance à la constipation, poids stationnaire (64 kilos). Antécédents : deux hernies crurales dont une étranglée en 1942 et un prolapsus utérin.

A l'examen, un point sus-ombilical très sensible, avec possibilité de hernie sous-xiphoïdienne, carrefour sous-hépatique sensible. La radiographie gastrique en décubitus et en position de Trendelenburg, une hernie diaphragmatique en même temps qu'une niche de la face postérieure.

Un traitement antiulcéreux (oxyferriscorbone sodique et extrait de muqueuse gastrique) améliore rapidement la malade qui, revue un mois après ne souffre plus que d'une légère douleur épigastrique vers 17 heures, cédant au goûter, mais se plaint d'une toux sèche, indolore et non quinteuse. Le 30 juin 1952, elle va très bien et a repris du poids.

2) Symptomatologie thoracique

Observation 27 (due à l'obligeance de M. le Professeur Broustet et de M. le Professeur agrégé Dubarry)

En décembre 1950, M. S..., qui a 73 ans, se plaint depuis un an d'une gêne rétroxiphoïdienne avec parfois de l'angoisse, à peu près tous les jours, sans horaire fixe et soulagée par une petite pituite. Actuellement, douleur à l'effort ou lors d'un changement de position ou d'une contrariété, quelquefois impression de gêne quand le bol alimentaire arrive au bas de l'œsophage qui cesse avec un verre d'eau. Appétit, un peu diminué, avec intolérance aux aliments gras, au lait et aux féculents, selles normales. Dort mal et fume 5 cigares par jour. Cholécystographie : très grosse vésicule s'évacuant mal.

Antécédents : une fièvre jaune, une arthrite chronique et une artérite traitée par sympathectomie au niveau de la jambe droite. A l'examen : abdomen très adipeux et légère hépatomégalie.

Les antécédents artéritiques et la symptomatologie peuvent faire penser à une coronarite, mais, en outre, un repas baryté met en évidence, uniquement en procubitus, une hernie diaphragmatique du volume d'une mandarine. Un régime antidyspeptique et un traitement par l'hormone parathyroïdienne et le benzoate de benzyle ont amélioré ce malade durant quelques mois.

Mais les précordialgies réapparaissent la nuit.

En mars 1952, épisode pulmonaire aigu, accompagné de crises douloureuses à début xiphoïdien irradiant dans la région précordiale. De nouvelles séries de clichés ne montrent pas toujours la hernie diaphragmatique, celle-ci paraît donc à éclipses.

Un E.C.G. qui montre un aplatissement de l'onde T dans l'ensemble des dérivations et la présence d'une petite onde Q en $D^3$ plaide en faveur d'une sclérose myocardique d'origine vraisemblablement coronarienne.

### Observation 28

M. V..., 51 ans (octobre 1951), se plaint depuis plus de 10 ans de douleurs thoraciques antérieures, intermittentes, à hauteur du sternum, durant quelques jours et disparaissant pendant plusieurs mois. Depuis 2 à 3 ans, tous les jours de façon permanente, surtout la nuit, l'impression de quelque chose qui ronge. Cette douleur n'a aucun rapport avec les repas, ni avec la position. Ballonnement susombilical après tous les repas avec fréquemment pyrosis et brûlures pendant 1 à 2 heures. Bon appétit, mais intolérance aux sauces, aux aliments gras, au gibier et au café. Au réveil, pas de mauvaise bouche, mais asthénie, sommeil agité avec des cauchemars, souvent des douleurs dans les jambes. Le malade reconnaît avoir pris pas mal d'apéritifs.

A l'examen : teint très coloré et panicule adipeux abdominal important, poids, 87 kg 500. Un repas baryté montre une hernie diaphragmatique avec gastroduodénite. On institue un traitement antigastritique (hormone parathyroïdienne, pansements) et cholagogue en même temps qu'un régime antidyspeptique.

Observation 29.

Mlle D..., 55 ans, est restée bien portante jusqu'à sa ménopause, il y a 3 ans. Depuis, 2 à 3 jours par semaine, elle ressent un petit malaise rétrosternal de 5 minutes, qui, au début, n'était qu'une brûlure et qui actuellement lui coupe la respiration. Il ne se produit jamais au lit, ni à jeun, mais plutôt 2 à 3 heures après les repas, sans prodromes. Bon appétit, léger amaigrissement depuis quelques mois. De plus, depuis un mois, asthénie, vertiges, lipothymies et insomnie nerveuse d'apparition plus récente.

La radiographie gastrique révèle une très grosse hernie diaphragmatique qui ne semble justiciable, étant donné la discrétion des troubles, que d'une thérapeutique médicale (sédatif et acide déhydrocholique) ainsi que d'un régime antidyspeptique. Point intéressant, on découvre un an après une hernie diaphragmatique chez son frère (observation 32).

3) Symptomatologie thoraco-abdominale.

Observation 30.

En janvier 1950, depuis 3 ans, Madame P..., 68 ans, souffre de l'estomac presque chaque jour, quelquefois aussitôt après les repas, mais le plus souvent 2 heures après. Il s'agit de brûlures et de pyrosis avec sensation de gonflement rétrosternal. En même temps, elle tousse et mouche, les éructations nombreuses, ne soulagent pas.

Immédiatement après le repas : sensation de ballonnement susombilical. Parfois, au milieu de la nuit, petite douleur dans la région précordiale, suivie de renvoi gazeux. Antécédents : bronchites fréquentes et un fibrome à 40 ans, traité par la radiothérapie.

A l'examen, abdomen très adipeux (le poids a été de 85 kilos, mais en 1941-1942, cette femme a maigri de 35 kilos). Radiographie gastrique : petite hernie diaphragmatique, visible seulement en position de Trendelenburg avec tendance au brachyœsophage ainsi que de diverticules du transverse et du sigmoïde.

Mise au régime et au traitement par l'hormone parathyroïdienne, elle est revue 2 ans après. Elle est très améliorée, seuls les écarts de régime sont mal supportés, donnant des douleurs pendant 8 à 10 jours, demi-heure après les repas durant 2 à 3 heures, sui-

vies de brûlure avec une toux sèche et sensation de ballonnement. On trouve un signe de Murphy, indiquant probablement un élément cholécystique surajouté.

Observation 31.

Depuis 6 mois, en février 1952, M. L..., âgé de 40 ans, souffre de façon permanente dans la région sous-xiphoïdienne, surtout à l'effort d'une douleur sourde, variable suivant la position, non influencée par le régime, avec ballonnement sus-ombilical. Parfois, du pyrosis après un repas plus copieux. Quelquefois, des douleurs dans la région précordiale, gargouillements importants, éructations et émission de gaz par l'anus. Bon appétit, selles normales, pas de nausées, mais parfois crampes épigastriques isolées vers 16 heures. Poids, 85 kilos, stationnaire. Antécédent : hernie inguinale en 1928.

Le repas baryté révèle une hernie diaphragmatique avec brachyœsophage possible et des images nettes gastroduodénite. Le traitement conseillé en même temps que le régime se borne à combattre cette dernière par l'hormone parathyroïdienne et des poudres inertes.

IV. — *Formes dyspeptiques.*

Observation 32.

Depuis octobre dernier, M. D..., 54 ans, vu en mars 1949, se plaint de brûlures quotidiennes dans la région épigastrique, survenant à horaire très fixe, 2 heures, après les repas du midi et du soir, celles du soir étant beaucoup plus fortes, cédant à l'ingestion de bicarbonate. Il y a 15 jours, après l'absorption de chocolat, malaise suivi d'expulsion avec pituite. Depuis, 3 ou 4 fois au réveil, sensations nauséeuses suivies de pituites.

Antécédents collatéraux : une hernie diaphragmatique chez sa sœur (observation n° 29).

A l'examen : lipomatose diffuse douloureuse. Repas baryté : une hernie diaphragmatique de la taille d'une mandarine. Ce malade est mis au régime antidyspeptique et traité par l'hormone parathyroïdienne.

Observation 33.

Depuis 1941, Madame T..., 67 ans, qui est vue en février 1947 se plaint d'acidité gastrique et de pyrosis, surtout vers 21 heures, au milieu de la nuit, vers 2-3 heures, au réveil, vers 8 heures, après le petit déjeuner et enfin vers 14 heures. De nombreuses poudres ne l'ont calmée que modérément. L'alimentation calme la crise, notamment le soir, où les troubles sont plus importants, 2 biscottes suffisent.

A l'examen : signe de Murphy net. Bien qu'on puisse envisager une lithiase, l'examen radiographique ne révèle pas de calcul, mais une hernie diaphragmatique de la taille d'une petite mandarine visible uniquement en position couchée. Un traitement par les pansements gastriques et l'hormone parathyroïdienne associé à un régime semble efficace, puisque la malade revue quatre mois après, ne se plaint plus que d'une crise de brûlure vers 18 heures, seulement après un écart de régime.

Observation 34.

En février 1952, Madame J..., 57 ans, se plaint de brûlures épigastriques depuis trois à quatre ans. Les premières années, elles ne survenaient qu'après des repas copieux, mais peu à peu elles sont devenues plus fréquentes, puis quotidiennes, deux à trois heures après les repas, l'alimentation les calme. Quand les brûlures sont fortes, elles sont accompagnées de pyrosis. Intolérance au vin blanc, au lait, aux œufs et aux crudités, tendance à la constipation, tachyphagie et insomnie.

A l'examen : abdomen très adipeux (le poids étant de 85 kg.) et signe de Murphy très électif. Une hernie diaphragmatique de volume variable, seulement visible en procubitus avec des signes de gastroduodénite est trouvée à l'examen radiographique. Elle est mise au régime biliaire et traitée par les cholagogues et l'hormone parathyroïdienne.

Observation 35.

Il y a 4 ans, (en 1943), Madame G..., 48 ans, ayant pris froid, a eu des vomissements avec sensation de grosseur (?) dans la région

hépatique. L'an dernier, s'étant surmenée, elle a eu une syncope. Depuis, brûlures et pyrosis ,soulagés par le sel de Hunt et les repas pendant les deux heures qui suivent, aggravés par les fruits. Réveil des biliaires avec des vertiges, état migraineux surtout vers 17 heures, tendance à la constipation avec émission importante de gaz par l'anus, palpitations.

Antécédents : plusieurs crises de coliques hépatiques il y a vingt ans, cure de hernie et appendicectomie en 1945. A l'examen, signe de Murphy très net. C'est une grande nerveuse, à tendance nettement hyperfolliculinique.

Le diagnostic de lithiase avec gastrite surajoutée paraissant s'imposer, la malade est traitée en conséquence (hormone parathyroïdienne, cholagogues, testostérone), mais deux mois plus tard, pas d'amélioration. Plusieurs traitements sont prescrits; sans guère de résultats ,jusqu'en novembre 1949 où l'on découvre une hernie diaphragmatique avec possibilité de hernie sous-xiphoïdienne.

En février 1951 : elle est améliorée, néanmoins de temps en temps une sensation de blocage de l'estomac et vers 3 heures du matin, quelques malaises vagues ,de plus, toux trachéale et le soir, dyspnée asthmatiforme avec impression de bruits de clapet. Néanmoins, les troubles digestifs ont beaucoup diminué et les divers symptômes de la malade semblent devoir se rapporter en partie à l'approche de sa ménopause.

### Observation 36.

En mars 1952, nous voyons Madame J..., 41 ans, qui, en 1949, se plaignait de ballonnement. En juin 1950, trois crises douloureuses, annoncées par des migraines à début sous-costal gauche avec irradiation vers l'abdomen, des vomissements alimentaires ou bilieux la soulagent. A cette époque, 57 kg., et signe de Mallet-Guy très net. De nouveau, en novembre 1950 et en janvier 1951, vomissements deux à trois heures après les repas, en même temps sensation de soif. Le diagnostic de dysfonctionnement biliaire pouvant être envisagé, un traitement cholagogue l'améliore puisqu'actuellement son poids est de 60 kg. Cependant, depuis trois mois, au moment des règles pendant deux à trois jours, quelques douleurs

avec des vomissements bilieux. Egalement douleur médiane au niveau de D 6, D 7, et brûlures gastriques et pyrosis.

A l'examen : signe de Murphy et point douloureux épigastrique semblant correspondre à une hernie épigastrique. A l'examen radiologique baryté : hernie diaphragmatique avec insuffisance du cardia et brachy-œsophage probable. Elle est traitée par les antispasmodiques (atropine, papavérine).

### V. — *Formes dysphagiques*

#### Observation 37.

Depuis 1940, M. A..., souffre par périodes de trois à cinq jours, tous les deux mois, sans qu'il y ait un calme absolu entre les crises, de douleurs xiphoïdiennes et de pesanteur trois à quatre heures après les repas. Cholécystographie : vésicule non colorée, on conclut à une gastroduodénite chez un biliaire. Néanmoins, malgré le traitement, les douleurs persistent et l'amaigrissement (61 kg.) s'accentuant, ce malade subit une vagotomie double, fin 1947, mais sans grande amélioration. Et un an après, un syndrome douloureux marquant une certaine périodicité permet de craindre un ulcus peptique qui n'est pas retrouvé à la radiographie. L'amaigrissement continue (59 kg. en novembre 1951). Hématémèse fin 1949 et épisodes diarrhéiques.

Début 1951, apparition d'une dysphagie qui augmente depuis. Novembre 1951, pituites sanguinolentes pendant trois semaines. Œsophagoscopie (Professeur Portmann) : tuméfaction intrinsèque battant violemment. On envisage la possibilité d'une ectasie aortique, quoique l'examen cardio-vasculaire soit négatif. Un nouveau repas baryté (le dernier datant de mai 1951 et ne montrant rien) révèle une hernie diaphragmatique avec brachyœsophage. En résumé, il semble donc s'agir de poussées de gastrite avec hernie diaphragmatique de constitution récente, celle-ci paraissant responsable de l'apparition de la dysphagie.

#### Observation 38.

Depuis une vingtaine d'années, M. B..., 49 ans, ne supporte pas certains aliments (vin, œuf, féculents) qui déclenchent brûlu-

res et crampes épigastriques, une heure ou deux après les repas, cédant aux alcalins. Depuis cinq à six ans, sensation de striction sous-xiphoïdienne, lors de l'absorption de la première bouchée de chaque repas, au point d'en avoir les larmes aux yeux. Actuellement : ce phénomène a lieu durant tout le repas, pour toute bouchée solide, ce qui l'oblige à boire beaucoup. S'il est très préoccupé cette gêne n'est plus perçue. N'a jamais vomi, mais parfois au réveil, des tiraillements qui cèdent au procubitus.

Antécédents : crises d'asthme avec de l'emphysème.

— Radiographie de l'estomac : hernie diaphragmatique avec un diverticule œsophagien de pulsion. Il est mis au régime et traité par les pansements gastriques, hormone parathyroïdienne et l'histamine à faibles doses.

Observation 39.

Les deux dernières années (1949-1950), Madame Ch..., 70 ans, a présenté des symptômes basedowiens (nervosité, tremblement, tachycardie) avec un petit goitre et une légère exophtalmie, mais un métabolisme basal normal. Très fatiguée, en juillet 1950. Pendant tout l'hiver dernier, bronchite fébrile, peu améliorée par divers traitements (radio pulmonaire normale). En mai 1951, apparaît une gêne à la déglutition des solides. Actuellement, toux légère avec un petit clocher thermique le soir appétit médiocre et sensation de gêne épigastrique sans horaire fixe, pas de troubles post-prandiaux, gaz nombreux, mais constipation opiniâtre, quelques céphalées frontales et bouche sèche au réveil avec soif. poids: 49 kg. 500.

A l'examen (novembre 1951), foie qui déborde avec carrefour sous-hépatique très douloureux et abdomen météorisé. Repas baryté : hernie diaphragmatique avec mega et brachyœsophage ainsi qu'un dolicho-mégacolon important. Traitement par les sédatifs, les pansements gastriques et les cholagogues.

VI. — *Forme associée à une cirrhose*

Observation 40.

M. D..., 63 ans, présente en janvier 1948, une cirrhose au début du stade ascitique. Mis au régime et traité par les extraits hépa-

tique, il est revu en avril 1948. L'ascite a disparu, mais les vomissements sont devenus beaucoup plus fréquents. De plus, toux quinteuse, surtout la nuit.

Transit gastro-intestinal : une hernie diaphragmatique, avec gastrite importante, une incontinence pylorique avec dilatation jéjunale suivie d'arrêt brusque de la baryte. Donc, subocclusion du grêle expliquant plus vraisemblablement les vomissements que la hernie diaphragmatique, sans occlusion totale, puisque les selles sont normales. L'origine de cette subocculsion ne peut être précisée. L'état hépatique du malade rendant toute intervention impossible, on doit se borner à des médications palliatives vis-à-vis de sa cirrhose et de ses vomissements.

## ETIOLOGIE

Il semble que nous n'avons affaire qu'à des hernies hiatiales. Cela suppose, ou bien un hiatus œsophagien du diaphragme congénitalement agrandi, ou bien devenu tel par un relâchement des tissus. La grande fréquence des H.D. à partir de la cinquantaine est bien la preuve que c'est la deuxième éventualité, qui est de loin, la plus banale.

Mais, en outre, nos observations nous permettent d'envisager quelques facteurs étiologiques particuliers.

**Sexe.** — Nous sommes immédiatement frappés par la grande proportion de femmes figurant dans nos observations. En effet, sur 40 cas, il s'agit 24 fois de femmes, alors que nous n'avons que 16 hommes, ce qui correspond à 60 % de cas féminins contre 40 % de cas masculins. Ceci n'est d'ailleurs qu'une constatation tout à fait classique, puisque tous les auteurs, en dehors de Jean Quènu, ont déjà signalé cette prédominance (d'aucuns comme Bryan C. Murley (cité par Hillemand), allant même jusqu'à parler d'une proportion de 10 femmes pour 1 homme). Et, encore, l'exception constituée par la statistique de Quénu, provient-elle du fait que ce dernier présente à peu près uniquement des cas traumatiques constatés durant la guerre 14-18.

Sans doute, la constitution féminine prédispose-t-elle plus particulièrement à la H.D., de par une certaine faiblesse de la musculature ainsi que par une infiltration graisseuse plus importante de tout l'organisme. Ces deux conditions, nous allons, d'ailleurs les retrouver dans l'étiologie générale de la H.D. De plus, on peut penser que la constipation, fréquente

chez la femme est par les efforts de défécation, cause d'hypertension abdominale, facteur pathogénique important de la H.D.

**Age.** — En relevant l'âge de tous nos malades, nous n'en trouvons qu'une de moins de 40 ans, Mlle C..., (Obs. 12). Dans ce cas, la hernie est, selon toute vraisemblance, congénitale, puisque cette jeune malade a 18 ans et que ses troubles remontent à plusieurs années auparavant. Sinon, tous nos malades se situent entre 40 et 82 ans. Encore faut-il savoir à quelle époque remonte exactement le début des troubles. L'examen de nos observations ne pous permet évidemment qu'une approximation, puisqu'il est parfois impossible de faire la part exacte des troubles dûs à la hernie et de ceux causés par une affection digestive antérieure ou concomitante. Néanmoins, la majorité des cas se situe entre 45 et 65 ans. Mais on doit mettre à part, dans cette statistique, les observations où nous relevons des causes prédisposantes nettes, telles que traumatisme ou notion d'effort, ce qui expliquerait la proportion relativement importante (7 sur 16) d'hommes dont les troubles ont débuté aux environs de la quarantaine. Du côté féminin, la H.D. semble dater, dans de très nombreuses observations, de la période ménopausique ou post-ménopausique. Ce ne sera pas pour nous étonner, car cette période climatérique de la femme voit un remaniement fort important de tout l'organisme avec un relâchement général de tous les tissus (ce fait est particulièrement net dans l'Obs. 29 de Mlle D...).

**Malformations.** Celles-ci nous paraissent un facteur étiologique important. Elles expliquent la congénitalité de la hernie, dont nous n'avons la quasi certitude que dans l'observation 12 de Mlle C... Mais, à ce point de vue, nous relevons un cas familial intéressant, il s'agit du frère (obs. 32) et de la sœur (obs. 29) tous deux affligés d'une hernie diaphragmatique qui n'a d'ailleurs eu d'expression clinique que vers la cinquantaine. On ne peut donc à ce sujet que poser la question : congénitalité ou coincidence ? Sans la résoudre.

Une malformation assez souvent retrouvée est le brachy-œsophage qui, par traction sur l'estomac favorise ou même provoque la hernie. Mais cette malformation, est-elle héréditaire ou acquise ? En effet, Harrington tend à penser que dans la plupart des cas le brachy-œsophage n'est qu'une rétraction de l'œsophage due soit à une inflammation périœsophagienne avec sténose, soit à des lésions peptiques produites par le reflux œsophagien. D'ailleurs, l'Observation 37, semble bien nous montrer qu'un brachy-œsophage peut ne pas être congénital, puisque celui-ci est apparu à la suite d'une vagotomie, les clichés antérieurs ne nous l'ayant pas montré.

Bien entendu, ceci n'exclut pas une prédisposition congénitale assez fréquente, telle que nous pouvons la trouver chez ce malade (Obs. 39) porteur d'un brachy-mégaœsophage en même temps que d'un dolicho-mégacolon. Mais probablement le brachy-œsophage peut-il également se former par un mécanisme rétractile, en général infectieux, et ainsi être un facteur de H.D. chez l'adulte âgé.

**Faiblesse musculaire.** Déjà nous avons, plus haut, fait allusion à une faiblesse musculaire généralisée chez nos hernieux, condition générale de toutes les hernies, d'ailleurs. Les antécédents de nos malades nous apportent un argument en faveur de cette explication étiologique. En effet, beaucoup ont déjà subi une cure de hernie inguinale ou crurale ou même de prolapsus utérin. De plus, on remarquera la particulière fréquence avec laquelle la H.D. est associée à une hernie épigastrique. Il semble donc tout à fait normal qu'un malade dont la paroi est forcée par les viscères abdominaux au niveau des orifices inguinaux ou cruraux puisse avoir un hiatus œsophagien suffisamment atonique pour permettre une H.D. (voir notamment l'Obs. n° 26 de Madame S..., qui a eu deux hernies et un prolapsus utérin). D'autant plus, qu'en dehors d'une musculature faible, dans la plupart de nos observations, nous retrouvons la notion d'une obésité soit actuelle, soit plus souvent antérieure avec un amaigrissement qui semble concorder avec l'apparition des trou-

bles. Outre cet amaigrissement généralisé, il paraît judicieux d'incriminer plus spécialement une fonte du tissu graisseux sous-diaphragmatique dont la disparition laisse un orifice hiatal aggrandi et des viscères beaucoup plus mobiles.

Peut-être assistons-nous à une recrudescence actuelle des H.D. du fait que les sujets qui ont l'âge habituel de cette affection sont ceux qui étaient dans l'âge mûr durant les années d'occupation et de restriction. Beaucoup d'anciens pléthoriques ou obèses avaient alors maigri de 10 ou même 20 kilos. De même qu'on a vu augmenter dans de fortes proportions les cas de hernie en général, de même il est probable que le nombre actuel des H.D. est en nette augmentation par rapport aux chiffres antérieurs.

Enfin, la coïncidence avec une H.D. d'anomalies anatomiques généralement acquises, telles qu'un mégacolon, un mégaœsophage, des diverticules duodénaux ou coliques est un argument en faveur d'une leiasthénie généralisée de la musculature du tube digestif. Cette leiasthénie par dilatation de tous les viscères est alors un facteur d'hypertension abdominale. Nous nous retrouvons ici avec la constatation de Harrington, d'après lequel 12 % des femmes enceintes auraient une H.D. disparaissant après l'accouchement, ce qui s'explique tout naturellement par l'atonie de l'ensemble de la musculature lisse, conséquence de l'hypersécrétion de progestérone durant la gestation.

**Facteurs particuliers.** La notion précise de traumatisme n'a pu être relevée que dans deux cas seulement. Dans le premier (obs. 6), la H.D. a été diagnostiquée à la suite d'un accident d'auto, ayant produit une rupture du diaphragme. Mais elle ne s'est vraiment manifestée cliniquement qu'une vingtaine d'années après, ce qui nous porte à croire que le diaphragme s'étant cicatrisé, seule, a persisté une faiblesse du muscle. Ce n'est que plus tard, les conditions étiologiques devenant favorables, que l'estomac a de nouveau fait effraction dans la cavité thoracique. L'observation n° 20, où l'on retrouve un enterrement à la

suite d'un éboulement dans une carrière de sable, il y a une vingtaine d'années, nous amène à des conclusions un peu différentes. En effet, étant donné l'extrême importance de la H.D. (l'estomac est à peu près tout entier derrière le gril costal, ce qui implique une grosse brèche diaphragmatique) il est difficile de penser à une reconstitution secondaire, comme précédemment, d'autant plus que l'on retrouve quelques périodes douloureuses en 1938. Néanmoins, constatons le silence clinique prolongé de cette H.D., qui ne doit pas nous étonner, de nombreux auteurs ayant affirmé que les grosses H.D. pouvaient être mieux supportées que les petites.

Autre étiologie particulière celle retrouvée dans l'Observation n° 24, où les troubles ont débuté après une crise douloureuse survenue en coupant du bois.

Enfin, nous relevons deux observations où la H.D. est apparue après une intervention abdominale haute. Dans l'Observation n° 9, il s'agit d'une gastrectomie à peu près totale (faite par H. Lefèvre) pour cancer gastrique. La H.D. peut être la conséquence d'une traction de l'œsophage sur un moignon gastrique complètement atone à moins que la cachexie du sujet mort de métastases multiples, quelques mois après, en soit l'explication réelle. Dans l'observation n° 37, nous avons affaire à une hernie consécutive à une vagotomie. Ici, tout semble bien devoir être expliqué par l'atonie gastrique et la dilatation consécutive, qui en sont nécessairement résultées, ainsi que par l'élargissement de l'orifice œsophagien ; c'est pourquoi, Beal, qui a signalé un cas identique, conseille, après toute vagotomie de rétrécir, par quelques points, l'orifice d'accès dans le médiastin.

## ETUDE CLINIQUE

### I. — SIGNES GENERAUX

Ceux-ci, en dehors de l'anémie, n'ont absolument rien de particulier et, en aucun cas, ils ne permettent au clinicien de s'orienter vers le diagnostic de H.D. Certes, dans nombre de nos observations, les malades se plaignent d'asthénie. Mais, celle-ci n'est que secondaire et n'apparaît qu'après des symptômes beaucoup plus caractéristiques, dont elle est, en général, la conséquence, car il est évident que des troubles digestifs persistants finissent par fatiguer le sujet. Nous ne nous attarderons pas plus sur l'amaigrissement, bien souvent un facteur favorisant de la H.D.; s'il apparaît après la constitution de celle-ci, il ne permet que de constater la dénutrition consécutive à des vomissements ou à des douleurs faisant restreindre l'alimentation.

#### Formes anémiques

Toute autre est l'anémie, dont on sait, depuis fort longtemps, qu'elle constitue une manifestation assez fréquente de la H.D. Nous en apportons quatre cas absolument purs, ayant classé ailleurs les observations où il existe de l'anémie, mais consécutives à des hémorragies, cliniquement décelées. Ceci d'ailleurs, n'exclut nullement que, dans nos observations, l'anémie n'ait pu être produite par des hémorragies microscopiques occultes de la portion rétrécie de l'estomac. Cette con-

ception pathogénique est communément admise en Amérique, alors que les auteurs français Bénard-Rambert et Canivet incriminent plutôt un trouble dans l'absorption du fer. Le nombre de nos cas n'est pas assez élevé et nos recherches n'ont pas été spécialement orientées dans ce sens, pour nous permettre de formuler une explication pathogénique. C'est pourquoi, nous n'attacherons pas trop d'importance au fait qu'il s'agit de quatre cas féminins, ce qui permettrait d'envisager la séduisante hypothèse de la chlorose tardive de la ménopause. Cela est d'ailleurs infirmé par l'âge de nos malades qui ont respectivement 72, 41, 45 et 69 ans.

Nos anémies sont modérées (2.500.000 à 3.000.000) isochromes ou légèrement hypochromes, constatation classique. L'examen hématologique n'a permis, dans aucun cas de relever la présence de cellules immatures. Nous possédons le myélogramme de Madame D... (Obs. n° 2) qui ne montre aucune anomalie, en dehors d'une diminution globale légère de la lignée érythroblastique.

Les symptômes de nos malades sont ceux de tous les anémiques : fatigue, pâleur, bourdonnements, syncope. Cependant, dans trois cas sur quatre, on relève des troubles digestifs surajoutés (digestion lente, douleur épigastrique, émission de gaz importante) qui font évoquer la possibilité d'une néoplasie gastrique et conduisent à pratiquer l'examen baryté de l'estomac, lequel fait découvrir la H.D. Dans le quatrième cas (Obs. n° 1), on note une gêne thoracique qu'explique parfaitement l'importante hernie de cette malade. Donc, si l'on sait que toute anémie qui ne fait pas sa preuve doit faire rechercher une H.D., la coïncidence de cette anémie avec les troubles que nous venons d'évoquer, ne pourra qu'augmenter la suspicion du praticien, quant à la présence d'une H.D. Bien sûr, il ne pourra s'agir que de suspicion, même cette coïncidence ne permettant pas de poser, sans examen radiologique, un tel diagnostic, d'autres affections, et en tout premier lieu, le cancer gastrique, offrant souvent un tableau clinique identique.

## II. — SYMPTOMES FONCTIONNELS

En dehors des formes anémiques, que nous venons de voir, c'est l'interrogatoire du malade au sujet de son passé, aussi bien que de son état actuel qui, en fait, résume toute la clinique de la H.D.

### A) Les douleurs

Nous nous rendons tout de suite compte de l'importance de ce symptôme, quand nous voyons que, sur 40 malades, 24 sont venus consulter, en se plaignant essentiellement de douleurs, d'ailleurs extrêmement polymorphes. En plus, dans plusieurs autres observations, nous relevons également des douleurs, mais qui passent au second plan. Tant et si bien que nous pouvons constater que près de 90 % de nos hernieux souffrent. Voilà, certes, le symptôme le plus constamment retrouvé chez eux. Mais, ces douleurs sont loin d'avoir un type unique et vont de la simple oppression ou gêne jusqu'à la douleur syncopale exigeant une injection de morphine (Obs. n° 13) ou même au véritable état de choc (Obs. n° 10) en passant par des sensations de tension, d'obstruction, de crampe, de brûlure ou de tiraillement. Les brûlures existent à peu près uniquement quand il semble y avoir une participation vésiculaire et ne peuvent être considérées comme des douleurs-type de H.D.

Leur siège et leurs irradiations sont également très variables. Le plus souvent, il s'agit de barre dans la région épigastrique, avec parfois, des irradiations à gauche. Dans d'autres cas, on trouve ces algies dans la région sous-xiphoïdienne ou dans le flanc gauche; assez nombreuses, aussi, sont les localisations rétro-sternales. Enfin, quelquefois, nous voyons

des douleurs précordiales, allant même jusqu'à réaliser une forme angineuse (Obs. n° 27) ou (Obs. n° 20) des douleurs thoraciques en ceinture, faisant penser à une névralgie intercostale. Tout ceci n'a rien de bien caractéristique, si ce n'est qu'assez souvent, aux algies abdominales s'ajoutent des douleurs à localisation thoracique.

L'horaire de ces douleurs n'est pas, non plus, un caractère très fixe. Néanmoins, dans la plupart des cas, elles sont post-prandiales ou semi-tardives, encore, dans cette dernière éventualité y a-t-il ulcère ou suspicion d'ulcère surajouté. Il semble donc bien, comme l'a noté Quénu, que la réplétion gastrique est un facteur important dans le déclenchement de ces douleurs. En tant qu'autres facteurs déclenchants, nous relevons assez souvent des écarts de régime soit quantitatifs, soit qualitatifs et, beaucoup plus rarement, une notion d'effort.

Notons, d'autre part, l'influence assez constante de la position couchée qui amène, chez beaucoup de nos malades, la sédation quasi immédiate des douleurs. Par contre, la position debout ou assise et même le simple fait de se baisser ne fait qu'aggraver les malaises. Phénomène explicable par le fait qu'en position verticale, les aliments s'accumulent dans le bas-fond et provoquent par leur poids une attraction vers le bas de la partie herniée laquelle sera plus ou moins arrêtée par la brêche diaphragmatique d'où tiraillement douloureux au niveau du collet. De même, quand le sujet se baisse, il se produit une plicature douloureuse de l'estomac dans la même région. Enfin, ces crises se terminent fréquemment par des vomissements alimentaires, glaireux ou même bilieux (voir l'Obs. n° 9 notamment), des renvois gazeux ou de simples baillements, tout ceci soulageant immédiatement le malade. C'est encore un argument en faveur de l'action de la réplétion gastrique dans la pathogénie de ces douleurs.

En définitive, il semble qu'en général, on ne souffre de sa H.D. que lorsque l'estomac est distendu, ce qui pourrait donner une explication des douleurs par des petits phénomè-

nes d'étranglement. Mais, bien entendu, cette explication ne vaut que pour les algies du creux épigastrique ou de la région rétro-sternale, c'est-à-dire au niveau du collet. Cependant, nous pensons que, si séduisante que soit cette théorie, il ne faut pas voir là, uniquement, la pathogénie des douleurs, car alors. comment expliquer une périodicité que nous retrouvons assez souvent.

Fréquemment, les périodes douloureuses sont de trois semaines à deux mois, séparées par des intervalles de calme, et évoquent la possibilité d'un ulcère, sans que, dans plus de la moitié des cas, la radiologie nous apporte une confirmation absolue ou même simplement, un doute. Chez d'autres malades, la crise dure trois à quatre jours, prenant le type clinique de la crise douloureuse vésiculaire, d'autant plus qu'on note en même temps, d'autres symptômes rentrant dans le cadre de la dyspepsie biliaire. Enfin, parfois, il nous est impossible de parler d'horaire, car il s'agit, alors, soit de douleurs continuelles depuis plusieurs mois, ou même plusieurs années, soit de crises isolées, auxquelles on trouve rarement une cause favorisante particulière.

Donc, retenons que les douleurs dans la H.D, sont fréquentes, en général aggravées par l'alimentation et la position verticale et qu'elles peuvent prendre un masque d'affection hépato-biliaire souvent, ulcéreuse parfois, ou simplement gastrique, toutes affections que nous trouvons, d'ailleurs, fréquemment associées à la H.D.

### B) **Les hémorragies**

Il est classique de considérer les hémorragies digestives de la H.D. comme une complication de celle-ci. Pouvons-nous avoir la même attitude, quand nous relevons trois observations où les hémorragies forment à peu près seules le tableau clinique ? Par ailleurs, nous trouvons trois autres cas où elles sont associées à un syndrome douloureux ulcériforme, et enfin, nous les voyons deux fois chez des hernieux qui sont, en même temps,

des ulcéreux. Au total, nous avons huit cas d'hémorragies digestives, c'est-à-dire une proportion de 20 %, qui semble en accord avec la statistique de beaucoup d'auteurs, Warmoes et Pennewaert, notamment. Les deux observations où existe une étiologie traumatique nette figurent dans cette catégorie. D'ailleurs, au moment du traumatisme (donc bien des années avant les troubles) ces malades avaient déjà saigné, qu'il s'agisse d'hématémèse (Obs. n° 6) ou d'hémothorax et d'hématurie (Obs. n° 20).

A quoi devons-nous attribuer ces hémorragies ? Dans les deux cas où il y a un ulcus surajouté, il est fort probable que c'est celui-ci qui saigne. On a également incriminé le volvulus de l'estomac, condition qui paraît bien se rencontrer dans l'Observation n° 20 où l'estomac est presque thoracique. Les autres fois, il est fort probable, ainsi que le notent de nombreux auteurs, qu'il faut chercher la cause de l'hémorragie, soit dans une mauvaise circulation dans la partie herniée, soit dans une gastrite au niveau du collet, cette dernière hypothèse paraissant surtout vraisemblable dans les formes associées à un syndrome douloureux.

Ces hémorragies s'extériorisent indifféremment « per os » ou par l'anus, les moins importantes se limitant à du melaena Par contre, elles peuvent aussi atteindre une grande abondance, par exemple dans l'Observation n° 6, où l'hématémèse a été évaluée à près d'un litre de sang. Elles sont, soit aiguës, soit subcontinues, ces dernières n'étant pas les moins dangereuses et pouvant aboutir à un état d'anémie grave (Obs. n° 22). Quand elles sont aiguës, elles sont en général, annoncées par des prodromes. Ce sont le plus souvent, une asthénie intense, mais aussi de violentes douleurs épigastriques (Obs. n° 5), ce qui nous apporte un argument en faveur d'une crise aiguë de gastrite du collet. Mais nous n'avons relevé, dans aucun cas, de cause déclenchante immédiate, telle que fatigue, abus alimentaires, traumatisme, etc.

Ces hémorragies digestives n'ont donc pas de caractère

bien spécial, notons simplement le fait qu'elles peuvent, parfois, constituer l'unique symptôme d'une H.D.

### C) La dysphagie

Après les douleurs et les hémorragies, la dysphagie est assez caractéristique, bien que moins constante. En effet, nous avons trois malades, chez qui elle apparaît comme le symptôme prédominant, mais en outre, nous la retrouvons assez nettement dans deux autres observations, associées, dans l'une à un syndrome ulcériforme (Obs. n° 24), dans l'autre à un syndrome coronarien (Obs. n° 27). De plus, l'interprétation des troubles subjectifs tels que nous les apprend l'interrogatoire se révèle souvent difficile et plusieurs malades parlent de gêne rétro-sternale durant les repas, sans qu'il soit possible d'élucider s'il s'agit véritablement d'une difficulté dans le transit du bol alimentaire durant le trajet œsophagien. Donc, nous admettrons que, dans nos 40 observations, nous devons retenir 5 cas de dysphagie bien caractérisée, ce qui correspond à 12,5 %, pourcentage inférieur à celui donné par de nombreux auteurs, notamment Berg, qui trouve une dysphagie chez 30 % de ses malades.

Assez souvent, les auteurs prétendent que la dysphagie dans la H.D. est paradoxale, c'est-à-dire s'exerçant essentiellement aux dépens des liquides. Nous n'avons relevé ce fait qu'une seule fois (Obs. n° 24), et encore appelle-t-il des remarques que nous verrons plus loin; les autres fois, le sujet se plaint de difficulté pour avaler les solides, difficulté à l'absorption d'un peu d'eau. Dans l'Observation n° 38, la dysphagie cesse quand le malade est préoccupé, ce qui indique une participation spasmodique, d'origine neuro-végétative, d'autant que le sujet précise que son apparition lui fait venir les larmes aux yeux.

Enfin, dans ces cas, nous sommes frappés par l'association avec la H.D. de malformations œsophagiennes (4 fois sur 5), décelées par l'examen radiologique. On trouve, en effet, deux

brachy-œsophages et un diverticule œsophagien, ce qui nous donne à penser que dans ces cas, la dysphagie est sans doute moins fonction de la H.D. que de la malformation œsophagienne concomitante. D'autre part, dans l'Observation n° 24, l'estomac est à peu près entièrement thoracique et de plus, volvulé. Ici, l'explication des phénomènes dysphagiques nous semble absolument mécanique, puisque, au niveau du cardia, l'œsophage fait avec l'estomac un angle très aigu. En plus, on conçoit que la portion thoracique étant volvulée, sa réplétion accentue ce volvulus et que l'évacuation à travers le diaphragme soit plus ou moins arrêtée. Le trop-plein de cet estomac intra-thoracique n'aura plus qu'une seule issue, l'œsophage. Comme l'angle du cardia est extrêmement aigu, il ne refluera que du liquide et c'est ce qui donnera au malade, cette impression de dysphagie élective pour ces derniers. Ce reflux explique aussi, l'importante dilatation de l'œsophage, que nous montrent les clichés.

Donc, dans nos observations, la dysphagie est loin d'être constante, elle n'a rien que de très banal et, une fois de plus, ce symptôme ne permet nullement de faire un diagnostic de H.D., car il n'évoque, à première vue, surtout chez des sujets de cet âge, une néoplasie de l'œsophage.

### D) Les autres troubles digestifs

On trouve extrêmement fréquemment des symptômes gastriques ou intestinaux, mais ils ne dominent jamais le tableau gnement. Néanmoins, ils existent à un degré variable, dans 33 observations, c'est-à-dire dans 85 % des cas. Un interrogatoire minutieux peut même les faire ressortir dans les formes anémiques (trois fois sur quatre). Ils manquent beaucoup plus rarement chez les femmes (2 observations sur 24) que chez les hommes (5 fois sur 16), ce qui est d'ailleurs, très compréhensible, lorsqu'on connaît la fréquence des dyspepsies d'allure biliaire ou simplement hyposthéniques, ainsi que la constipa-

tion chez la femme, alors que l'homme a plutôt tendance à souffrir de douleurs gastriques type hypersthénique.

De quels troubles s'agit-il ? Ils sont extrêmement polyclinique, et ne se présentent que comme des signes d'accompamorphes et se bornent assez souvent à une digestion lente et pénible. Cependant, remarquons la fréquence du ballonnement post-prandial surtout dans la région épigastrique et cédant à des eructations ou à l'émission importante de gaz par l'anus. Dans huit cas nous trouvons du pyrosis (20 %) souvent associé avec un brachy-œsophage. Ce pyrosis qui traduit, semble-t-il, plutôt l'hyperesthésie d'une muqueuse gastrique irritée, que l'œsophagite, peut être ici, le témoignage de la gastrite localisée à la partie herniée de l'estomac.

Par ailleurs, nous relevons des vomissements alimentaires, glaireux ou bilieux terminant très souvent une crise douloureuse. Parfois, il y a des nausées, des régurgitations, des pituites. Nous n'avons que deux fois la sensation de soif ardente, assez souvent notée par Quénu, et une fois seulement, un hoquet incoercible (Obs. n° 21) déclenché par les aliments pris sans liquide. D'autre part, il est courant de constater des intolérances alimentaires, soit aux féculents, générateurs de gaz déterminant une hypertension abdominale, soit aux aliments gras, soit aux mets acides. Enfin, les troubles du réveil de type biliaire sont relativement fréquents (asthénie, mauvaise bouche, nausées, pituite) et n'ont, sans doute, aucune signification spéciale et ne sont fort probablement pas d'origine herniaire.

Restent les troubles intestinaux : le plus banal est la constipation ; plus rarement on note de la diarrhée ou des alternatives de diarrhée et de constipation. Une fois, la crise douloureuse détermine un besoin urgent d'aller à selle et une autre fois, à un syndrome ulcériforme, se surajoutent des coliques abdominales aiguës.

En définitive, s'il est bon de noter ces symptômes qui démontrent un retentissement digestif généralisé des H.D.,

nous ne devons leur accorder qu'une importance secondaire, étant donné leur banalité et leur polymorphisme.

### E) Symptômes thoraciques

La symptomatologie thoracique des H.D. est connue depuis fort longtemps et Quénu, notamment, a signalé les troubles cardio-pulmonaires provoqués par cette affection. Encore, les formes thoraciques pures paraissent-elles assez rares, puisque nous n'en apportons que trois cas, dans lesquels le symptôme prédominant est la douleur. Nous avons déjà vu dans l'étude des douleurs, en général, leur localisation thoracique; bornons-nous à préciser qu'elles siègent dans l'hémithorax gauche (précordialgies : 4 fois, ou névralgie intercostale : 1 fois) ou plus souvent derrière le sternum et qu'elles ont les caractères généraux des douleurs dans la H.D.

Par contre, les autres signes thoraciques ne sont que des symptômes d'accompagnement, qui sont loin de dominer le tableau clinique, en dehors des formes anémiques, où il est évident qu'on doit en grande partie les rapporter à cette anémie, la H.D. ne faisant qu'aggraver les choses. Le symptôme rencontré relativement le plus souvent est la toux (10 % des cas), qui, dans l'Observation n° 26 n'est apparue qu'après le traitement et la quasi disparition des troubles dyspeptiques. La dyspnée paraît avoir, à peu près, la même fréquence, encore que dans les quatre cas où on la rencontre, il y en ait deux qui soient des formes anémiques. Par ailleurs, notons que dans deux observations, nous avons affaire à des asthmatiques, dont l'asthme a été amélioré par le traitement de la hernie, ce qui semble indiquer que celle-ci jouait, sans doute, le rôle d'épine irritative dans l'étiologie de cet asthme.

Au point de vue cardiaque, nous voyons deux fois des palpitations (5 %) et trois fois (dont une fois après les repas) des lipothymies permettant presque de parler de syncope qui ne soient pas directement conditionnées par une douleur très violente ou une hémorragie abondante, bien que dans ces deux

éventualités, la H.D. peut être un facteur prédisposant à de tels accidents; et enfin, nous relevons une fois de la tachycardie, mais nous n'avons jamais trouvé la cyanose, signalée par différents auteurs.

Remarquons que ces troubles sont épars dans nos observations et qu'il n'y en a qu'une (Obs. n° 35) qui, à côté de troubles dyspeptiques prédominants, réunisse dyspnée, toux et syncope. Néanmoins, si nous tenons compte de tous les symptômes thoraciques rencontrés, soit uniquement douloureux, soit respiratoires, soit cardiaques, nous constatons qu'ils se retrouvent dans 40 à 35 % des cas, selon que nous faisons entrer ou non les formes anémiques dans la statistique.

En somme, ces symptômes fonctionnels sont extrêmement variables, et par leur association réalisent des tableaux cliniques très différents les uns des autres, ne permettant, en aucun cas, le diagnostic de H.D. Il nous est impossible de définir un signe clinique ou un syndrome donnant la possibilité, grâce à l'interrogatoire, de faire ce diagnostic, d'autant plus que la H.D. est, tout de même, une affection beaucoup plus rare que les entités morbides dont elle prend le masque. Simplement, parfois, l'association de douleurs post-prandiales abdominales hautes ou rétro-sternales, de ballonnement sus-ombilical et de troubles cardio-pulmonaires permettrait à un praticien averti de soupçonner une H.D., soupçon qui, d'ailleurs, sera très souvent infirmé par les examens complémentaires.

De plus, cette diversité de symptômes observée chez les porteurs de H.D. conduit à se demander s'ils sont dûs à la hernie. L'existence de hernie latente, d'une part, de lésions indubitables expliquant parfaitement les troubles constatés chez ces hernieux, d'autre part, incitent à n'incriminer qu'avec esprit critique la H.D. d'être à l'origine de ces troubles. Combien de diverticules duodénaux, par exemple, sont-ils responsables des troubles dyspeptiques qui ont motivé l'examen radio-

logique, qui les a révélés ? L'on admet, en effet, que ces diverticules ne sont souvent que de simples trouvailles radiologiques.

C'est dans cet esprit que doivent être conduits l'examen clinique et l'examen radiologique. Une fois la hernie découverte, il faut poursuivre la recherche radiologique, pour ne pas laisser passer la lésion véritablement responsable du tableau clinique. De même, l'électro-cardiogramme peut déceler une lésion myocardique qu'il serait grave de méconnaître, sous prétexte que la H.D. peut déterminer des troubles fonctionnels d'allure semblable.

## III. — EXAMEN CLINIQUE

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit lors de l'étude étiologique, sur la morphologie de nos malades, rappelons seulement que, souvent, ce sont des obèses ou d'anciens obèses ou encore au moins des pléthoriques. Par ailleurs, l'examen ne nous apporte rien et il ne faut s'attendre à aucun signe physique qui pourrait faire objectiver la hernie, car la sensibilité xiphoïdienne ou épigastrique que nous retrouvons dans quelques cas, nous paraît être beaucoup plus le fait d'une hernie épigastrique concomitante que de la H.D.

Mais, par contre, l'exploration de l'hypocondre droit nous montre extrêmement souvent des signes de souffrance vésiculaire. Le plus fréquent est un signe de Murphy qui est très net et très électif dans 10 cas. D'autre part, sans que se manifeste une électivité aussi précise, on trouve, chez 5 autres de nos malades, un carrefour sous-hépatique douloureux et, enfin, 2 hépatomégalies assez légères, d'ailleurs, et une cirrhose. Au total, nous trouvons dans 18 de nos observations, c'est-à-dire dans 40 % des cas, un signe objectif d'atteinte hépato-biliaire. Il s'agit de 13 femmes pour 5 hommes avec prédominance, chez les premières, d'un signe de Murphy (9 fois sur 13) et chez les hommes, d'une sensibilité plus diffuse ou d'une atteinte hépatique, ce qui est absolument classique. En général, d'ailleurs, ce signe physique est associé à des troubles dyspeptiques qui évoquent la même étiologie, ainsi qu'à des signes radiologiques qui ne font que la confirmer.

Par conséquent, l'examen d'un hernieux, quand il permet de déceler un signe objectif n'est, dans ce cas, d'aucune utilité dans l'élaboration du diagnostic, au contraire, même, puisque ce signe ne peut que l'orienter dans une toute autre direction.

## IV. — EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Grâce à l'étude clinique précédente, nous comprenons aisément qu'elle n'est absolument pas capable, à elle seule, de faire poser le diagnostic de H.D. et qu'il faut poursuivre plus avant l'examen de nos malades. Ceci, est d'ailleurs illustré, par le fait que ce n'est, quelquefois, qu'après plusieurs années de troubles, qu'est diagnostiquée la hernie, lorsque le praticien, ayant essayé en vain de multiples thérapeutiques, décide d'adresser son malade à un consultant, lequel pratique un examen radiologique de l'estomac. Ce n'est que ce dernier qui donne la clé du problème, insoluble sans lui, et c'est pourquoi, avant l'utilisation des rayons X, la H.D. n'était qu'une trouvaille opératoire ou nécropsique.

D'autre part, il ne sera pas inutile, chez un malade présentant des troubles du type biliaire, d'explorer sa vésicule pour savoir jusqu'à quel point, celle-ci est véritablement touchée. Et chez un malade à symptomatologie d'angor, il faudra faire un E.C.G., qui nous dira si la H.D. est vraiment la seule responsable des douleurs précordiales.

### a) Examen radiologique gastro-intestinal

Nous ne nous étendrons pas sur le diagnostic radiologique de la H.D., il a été fort bien décrit ailleurs, par Quénu notamment, Tout récemment, Boucheron et Martin ont présenté, à l'Académie de Chirurgie, une documentation fort instructive. De plus, nous ne publions pas les radiographies de nos observations personnelles, car aucune n'apporte de vues originales sur la radiologie de cette affection.

En dehors des deux hernies traumatiques, pour lesquelles un doute subsiste, il s'agit, très probablement, dans tous nos

autres cas, de hernies par l'hiatus œsophagien; nous n'affirmons pas le fait d'une manière absolue, nos malades ayant été traités médicalement pour la plupart, ce qui nous empêche d'avoir la confirmation apportée par la laparotomie. Sans vouloir chercher à classer nos hernies suivant la classification d'Akerlund, actuellement contrebattue, remarquons que, sur nos 40 cas, cinq fois, il y a un brachy-œsophage certain et que deux fois, il paraissait probable.

Le volume de nos hernies est éminemment variable, non seulement d'un malade à l'autre, mais d'un examen à l'autre et, même, en fonction de la position du malade lors de l'examen. Il va de la grosseur d'une petite noix à celle d'une poche très importante comprenant presque tout l'estomac (Obs. n$^{os}$ 20 et 24). Ce n'est que dans cette dernière éventualité, que nous trouvons le phénomène de traction-luxation, décrit par Cruveilhier, où c'est le bas-fond gastrique qui constitue la poche thoracique, ceci est particulièrement caractéristique dans l'observation n° 20, où le radiologue emploie le terme d'estomac en point d'interrogation. Quant à l'Observation n° 24, elle nous montre un estomac volvulé dans sa portion thoracique, sans qu'on retrouve le phénomène précédent, l'antre et le bas-fond étant restés abdominaux. Partout ailleurs, c'est la grosse tubérosité qui est herniée, partiellement ou en totalité.

Il semble plus intéressant de noter la position qui met le mieux en évidence la hernie, Bien souvent, elle n'est visible qu'en position couchée : soit le simple décubitus, soit le procubitus, soit la position de Trendelenburg qui semble nettement la meilleure. Ceci se conçoit puisque la position verticale, par le simple effet de la pesanteur, peut, sinon réduire la hernie, du moins diminuer fortement son volume; par contre, la position de Trendelenburg, réalisant le mécanisme inverse, est évidemment très favorable à la révélation d'une petite hernie. Voilà, peut-être, l'explication du fait que la H.D. n'ait été découverte quelquefois qu'après deux ou trois examens radiologiques, dans lesquels les clichés n'avaient pas été pris dans la position

optima. Néanmoins, il faut savoir qu'il existe des hernies à éclipses (Obs. nos 25 et 27), car des examens radiologiques faits dans des conditions identiques ne les ont pas, chaque fois, objectivées.

Une fois la hernie reconnue, l'étude des clichés permet d'autres constatations de grand intérêt. Nous ne ferons que citer les lésions de gastro-duodénite et les ulcères concomitants qu'elle révèle, puisque nous consacrerons un chapitre spécial à l'association de la H.D. avec ces affections. Mais, en plus, nous relevons diverses malformations, dont voici le détail : au point de vue œsophagien : 2 mégaœsophages (Obs. nos 17 et 39) ; 1 diverticule œsophagien de pulsion (Obs. n° 38) ; 1 dilatation œsophagienne au-dessus du cardia, mais très probablement secondaire à la H.D. par reflux du trop-plein de la poche thoracique (Obs. n° 21) ; au point de vue gastrique : 1 insuffisance du cardia (Obs. n° 36) ; 1 incontinence pylorique (Obs. n° 40) ; au point de vue duodénal : 2 diverticules duodénaux (Obs. nos 10 et 11) ; au point de vue intestinal : 2 cas de diverticules coliques multiples (Obs. nos 22 et 30) ; 1 dolicho-mégacolon (Obs. n° 39). Enfin, nous ne ferons pas état de la dilatation jéjunale consécutive à une sub-occlusion du grêle (Obs. n° 40), donc d'origine purement mécanique, chez un malade qui est également un cirrhotique.

Si nous considérons que l'Observation n° 39, comprend en même temps un dolicho-mégacolon et un méga-œsophage, nous avons donc dix cas où la hernie est associée à une malformation digestive, dont la plus fréquente est un diverticule. Le pourcentage est, par conséquent, de 25 % et par là, très supérieur à la fréquence avec laquelle on rencontre ces malformations chez des sujets normaux. Certes, souvent ce sont, notamment les diverticules duodénaux, des curiosités radiologiques sans grand intérêt clinique. Mais elles démontrent en outre surtout le méga-œsophage et le méga-colon, un état d'atonie des tuniques digestives, qui pourrait fort bien se rencontrer, en même temps, au niveau de l'estomac, étant ainsi un facteur de dila-

tation gastrique. Celle-ci favoriserait, évidemment, le passage de la grosse tubérosité à travers le hiatus œsophagien. C'est cet argument que nous avons évoqué, quand nous avons parlé d'une léiasthénie de la musculature digestive, en tant que facteur pathogénique de la H.D.

### b) **La cholécystographie**

Là, encore, nous abordons le chapitre des affections associées, de type vésiculaire, cette fois, et nous ne donnerons seulement ici, qu'une statistique. Nous ne possédons que neuf fois les résultats de cette exploration : 2 vésicules normales (Obs. n$^{os}$ 21 et 33) ; 2 lithiases (Obs. n$^{os}$ 13 et 14) ; 2 vésicules exclues (Obs. n$^{os}$ 19 et 37) ; 2 vésicules se colorant mal (Obs. n$^{os}$ 10 et 11). 1 grosse vésicule s'évacuant difficilement (Obs. n° 27). Donc plusieurs fois, nous trouvons des signes très nets de participation vésiculaire, en accord, d'ailleurs, avec la symptomatologie du malade.

### c) **L'électro-cardiogramme**

L'examen électro-cardiographique a été pratiqué dans deux cas seulement : Madame C... (Obs. n° 1) et M. S... (Obs. n° 27). La première fois, il s'est révélé strictement normal. Mais, la deuxième fois, il nous a montré que la hernie n'était certainement pas responsable de tous les troubles et qu'à la symptomatologie angoreuse correspondait très vraisemblablement des lésions organiques. En l'examinant de plus près, on voit un aplatissement de l'onde T dans l'ensemble de dérivations des membres (standards et unipolaires). Il n'y a pas d'anomalies importantes dans les précordiales. On note, par ailleurs, la présence d'une petite onde Q en D3, qui n'a pas un caractère formellement pathologique. Néanmoins, l'ensemble du tracé plaide en faveur d'une sclérose myocardique d'origine vraisemblablement coronarienne.

Voilà qui démontre la nécessité de pratiquer un tel examen,

chez un malade qui présente des douleurs précordiales. Il serait désastreux, une fois le diagnostic de H.D. fait de ne voir qu'en elle la responsabilité de tous les troubles et de laisser, sans traitement approprié, un coronarien susceptible de faire un effort qui déclencherait une crise mortelle.

## AFFECTIONS ASSOCIÉES

Nous avons déjà, à plusieurs reprises, fait allusion aux lésions ou affections, qui coexistent, chez nos malades, avec la H.D. C'est dans l'esprit suivant que nous allons aborder ce chapitre : les deux affections sont-elles responsables des troubles et la conséquence d'un même facteur pathogénique déterminant ? Y a-t-il relation de cause à effet ? Ou encore, la H.D. ne doit-elle pas être considérée comme une découverte radiologique fortuite, coïncidant avec une lésion seule responsable des troubles cliniques ?

Ces affections nous paraissent devoir être divisées en deux catégories bien distinctes : d'une part, les antécédents et l'examen du malade nous révèlent l'existence, soit actuellement, soit dans le passé, de lésions herniaires ou diverticulaires; d'autre part, le tableau clinique et surtout les examens radiologiques complémentaires montrent la fréquence d'affections associées, digestives le plus souvent respiratoires ou cardiaques parfois.

### a) **Lésions herniaires**

En voici d'abord, une énumération statistique : hernies épigastriques : 5; hernies ombilicales : 2; hernies inguino-crurales : 8. Prolapsus utérins : 3. Diverticules coliques : 2. Précisons, tout de suite, que nous avons jugé bon de placer ici les prolapsus utérins, car il semblent avoir la même origine que toutes les hernies, à savoir une faiblesse musculaire localisée, là, au périnée. Il en est de même pour les diverticules, du moins coliques, qui impliquent une faiblesse pariétale, localisée presque toujours dans un segment colique, obligé à de fortes con-

tractions en amont de la charnière recto-sigmoïdienne. Cette association diverticules coliques-H.D. a déjà été signalée par Bergeret, Hillemand et Barré.

Si nous faisons le total de ces différentes lésions, nous arrivons au chiffre impressionnant de 20, mais il faut examiner de plus près cette statistique. Et nous nous apercevons que ces 20 lésions se rassemblent dans 11 observations seulement, ce qui correspond malgré tout à 27,5 % des cas. Onze fois, par conséquent, les tissus ont lâché en plusieurs points, apportant la preuve de la mauvaise qualité de la musculature lisse ou striée. Sur ces 11 cas, quatre fois cette défaillance a eu deux localisations différentes, deux autres fois, on note trois zones de faiblesse, et pour la dernière (Obs. n° 26), on trouve associés à la H.D., deux hernies crurales, une hernie épigastrique et un prolapsus utérin. De plus, si les hernies inguinales et crurales sont choses banales, notons la relative fréquence (12,5 %) des hernies épigastriques, affection qui, en général, est très loin de se rencontrer aussi souvent, et nous pourrions en dire autant des hernies ombilicales dont la fréquence, chez l'adulte, est bien inférieure à 5 %. Ainsi, ces quelques constatations, ne peuvent que confirmer l'importance que nous avons attachée, dans l'étiologie, à une déficience musculaire généralisée. Celui, dont les parois sont de mauvaise qualité peut, plus que tout autre, avoir une H.D. On pensera donc plus volontiers, à ce diagnostic, que l'on tâchera de préciser radiologiquement, en présence de troubles variés, digestifs, cardiaques, pulmonaires, chez un hernieux banal, chez un porteur de diverticules coliques, chez une femme à prolapsus génital.

Il semble donc logique d'admettre qu'il n'y a pas simple coïncidence, il s'agit certainement d'affections relevant de la même origine. Pour les autres affections associées à la H.D., la pathogénie plus discutable, doit être plus nuancée.

### b) Maladies associées

Sur nos 40 cas de H.D., sans tenir compte des hernies, des prolapsus génitaux et des diverticules, déjà étudiés, nous avons noté de nombreuses affections associées qui se répartissent ainsi : 1 cancer de l'estomac; 2 cas d'ulcère gastrique et plusieurs syndromes ulcériforme; 2 cas d'asthme; 1 cas d'angor; 18 syndromes d'allure hépato-biliaire dont une cirrhose.

#### 1° Le cancer de l'estomac.

Nous laisserons de côté l'Observation n° 9, où le malade avait également un cancer de l'estomac, car ce n'est qu'après la gastrectomie qu'est apparue la hernie. D'ailleurs, l'association H.D.-cancer de l'estomac est extrêmement rare, ainsi que le signale Brick.

#### 2° L'ulcère et les syndromes ulcériformes.

C'est essentiellement la radiographie qui nous permet de diagnostiquer les lésions gastriques surajoutées à la H.D., elle montre tantôt une niche ulcéreuse indiscutable, plus souvent un aspect de gastro-duodénite.

Nombreuses sont les observations où l'interrogatoire du malade évoque un syndrome ulcéreux plus ou moins typique avec la périodicité de douleurs post-prandiales plus ou moins tardives. Deux fois, radiologiquement, l'ulcère est certain (Obs. n°s 25 et 26) et deux autres fois, l'examen des clichés conduit à suspecter la présence d'une niche, ce qui, joint à l'histoire clinique, nous amène à considérer que, chaque fois, il s'agit fort probablement d'un ulcère. Remarquons que ce sont uniquement des ulcus gastriques, constatation intéressante, quand on sait la relative fréquence des ulcères du duodénum.

Quand il y a ulcère indiscutable, faut-il voir là une simple coïncidence ? S'il y a relation de cause à effet, quelle est

la lésion primitive ? L'hyperpéristaltisme, peut-être anarchique, si fréquent dans la maladie ulcéreuse peut-il favoriser l'ascension de la grosse tubérosité à travers un hiatus œsophagien un peu lâche et un peu large ? C'est ce qu'on pourrait penser à propos de l'Observation n° 25 où la double lésion ulcéreuse s'est accompagnée de biloculation. La poche supérieure distendue et amenée à de violentes contractions aurait pu franchir le hiatus et former hernie. Mais cette hypothèse ne nous semble pas à retenir ici, car la constatation du deuxième ulcus est postérieure de quatre ans à celle du premier.

Ou bien, la H.D. par des tiraillements sur le plexus solaire, l'excitation des filets pneumogastriques au niveau du collet, ne favorise-t-elle ou ne crée-t-elle même pas une vagotonie locale, facteur indiscutable de maladie ulcéreuse ?

Aucune de nos observations personnelles, aucune de celle dont nous avons lu la publication n'apporte d'argument péremptoire en faveur de l'une ou l'autre pathogénie qui, d'ailleurs, peuvent coexister et s'intriquer. En effet, la symptomatologie de nos ulcéreux n'est pas pure et, en dehors du syndrome ulcéreux, on relève des troubles divers tels que vomissements, nausées, pituites, dysphagie (obs. n° 24) ou melaena (obs. n° 26). Le syndrome ulcéreux, lui-même, n'est pas absolument typique, car les douleurs sont plus semi-tardives que tardives, leur localisation n'est pas uniquement épigastrique, mais souvent rétro-sternale, xiphoïdienne, enfin la périodicité, assez nette durant plusieurs années, a tendance, les derniers temps, à faire place à des douleurs quotidiennes. Très certainement, se manifeste, entre l'ulcus et la H.D., une interférence. J. Dubarry est, cependant convaincu que la hernie doit précéder souvent l'ulcère et créer par la dystonie qu'elle détermine, un terrain favorable à son éclosion, opinion qu'il a soutenue à diverses reprises, et notamment dans les thèses de ses élèves J.-L. Moreau (1942) et Mothes (1945). Au reste, l'association ulcère gastrique-H.D. a déjà été signalée (en France par Gutmann et aux Etats-Unis par Rossien, Reuling et Stanton, notam-

ment) et J. Quénu, Guibal, Bergeret et Gosset considèrent l'ulcère comme une complication possible de la H.D.

Quand, pour les syndromes ulcériformes, l'examen radiologique met en évidence une H.D., d'une part, une gastro-duodénite, d'autre part, que penser ? La hernie peut n'être, ici encore, qu'une découverte fortuite, cette lésion étant cliniquement latente ? Mais la H.D. est une cause évidente de gastrite ou d'aggravation de gastrite du moins au niveau du collet herniaire et de la partie herniée. Elle détermine une excitation des filets pneumogastriques et, donc, une dystonie neuro-végétative, qui, chez certains sujets, au lieu de conduire à une maladie ulcéreuse, peut créer une de ces antro-bulbites pseudo-ulcéreuses que J. Dubarry et G. Dubourg ont individualisées. Ils ont même apporté la preuve de ces faits dans le succès de la vagotomie double sous-diaphragmatique dans de tels cas, et dans trois cas où existait une périœsophagite sous-diaphragmatique, par la constatation de lésions histologiques évidentes au niveau des segments pneumogastriques enlevés.

### 3° L'asthme.

Deux de nos malades (obs. n° 2 et 38) sont des asthmatiques, et là encore se pose le problème déjà envisagé par Rau, de la relation de cause à effet entre la H.D. et l'asthme. Ce qui précède sur le rôle éventuel de la H.D. à l'origine de vagotonie peut être évoqué comme argument en faveur de l'action favorisante de la H.D. dans l'étiologie de certains asthmes. De plus, la poche herniée en plein médiastin peut être une épine irritative asthmogène. Sans preuve absolue qu'apporterait la guérison d'une malade asthmatique par la cure chirurgicale de la hernie, on peut penser qu'il y a, peut-être, autre chose qu'une simple coïncidence dans cette association H.D. et asthme En effet, dans l'Observation n° 2, un traitement par les médications anti-anémiques et les poudres absorbantes, produit en même temps qu'une amélioration de l'anémie, une atténuation importante des troubles asthmatiques.

**4° L'angor.**

Il est classique de dire que la H.D. peut déterminer des syndromes pseudo-angineux et les nombreuses observations où nous relevons des douleurs précordiales ou rétro-sternales ne sont le témoignage. Des auteurs français, notamment Doumer, Lorriau, Belbenoit et Mesmacque, ainsi que des auteurs américains cités par Gilbrin, ont publié de fort intéressantes observations de syndromes coronariens typiques, sans aucune lésion organique, l'E.C.G. étant normal. Mais nous présentons un cas, celui de M. S... (obs. n° 27), où la symptomatologie angineuse coïncide avec un E.C.G. éminemment suspect. Il paraît bien y avoir là, association de H.D. et de coronarite. Le problème se pose donc de nouveau : coïncidence ou relation de cause à effet ?

Ne peut-on penser que la H.D. est à l'origine de l'angor ou, du moins, que ces deux affections relèvent d'une pathogénie commune. Ce pléthorique, qui est, en outre, un biliaire, donc un hypercholestérolémique, et nous avons vu ou nous verrons l'importance de ces facteurs dans l'étiologie d'une H.D., est un candidat évident aux atteintes myocardiques. De plus, il a eu une artérite et c'est certainement un scléreux. Il semble bien que le terrain sur lequel se sont greffés H.D. et angor soit également favorable au développement de ces deux affections. Reste à savoir si, en plus, la hernie n'a pas favorisé la constitution de cet angor.

Depuis Potain, on sait que les dyspepsies produisent des troubles cardiaques non exclusivement fonctionnels, puisqu'ils peuvent aboutir à une dilatation des cavités du cœur. Jahnke a soutenu que certaines éventrations diaphragmatiques ou phrénicectomies étaient fort mal supportées par le cœur, surtout quand il s'agissait d'obèses, dont le système circulatoire est toujours à la limite de la défaillance. De même, Von Bergmann a décrit le syndrome épiphrénique, qui consiste en des troubles cardiaques, pouvant aller jusqu'à l'angor et il invo-

que, à leur origine, une compression des pneumogastriques au niveau du hiatus œsophagien.

Les expériences de Dietrich et Schwiegh, rapportées par Morhardt, ont prouvé la réalité de ces faits. Ils introduisent dans le cardia d'un chien, un petit ballon, fixé au niveau du hiatus œsophagien qu'ils gonflent et dégonflent. Le gonflement du ballon détermine une compression des vagues, d'où résulte une diminution de l'irrigation des artères coronaires, allant jusqu'au tiers du chiffre normal. Sa détente amène le retour à la normale. Le résultat de cette expérience nous conduit à penser qu'une irritation perpétuelle du pneumogastrique par une H.D., produisant une diminution permanente de l'irrigation cardiaque, peut être à l'origine d'une véritable sclérose myocardique. Comme toujours, la répétition du fonctionnel se traduit, peu à peu, par des lésions organiques.

D'ailleurs, certains cardiologues modernes attachent de plus en plus d'importance aux troubles vaso-moteurs, chez les instables neuro-végétatifs, en tant que facteurs déterminant de nombreux angor et même d'infarctus. Il est donc tout à fait plausible, qu'il puisse exister des angines de poitrine réflexes, à point de départ hiatal. A la suite de ces quelques réflexions, il nous paraît légitime de conclure que cette association H.D.-angor n'est pas une simple coïncidence, car, d'une part, certaines conditions favorisantes de ces deux affections sont identiques, et d'autre part, la H.D. peut, probablement, provoquer par l'intermédiaire du vague, des lésions coronariennes

Pour ces trois affections concomitantes à la H.D. (ulcère, asthme et angor), nous avons fait ressortir l'importance de la dystonie neuro-végétative, résultant de la compression des vagues. Or, dans ces trois maladies, à première vue très différentes, cette dystonie est considérée, en dehors de toute H.D., comme un facteur pathogénique plus ou moins important, suivant les auteurs. Ceci ne fait que renforcer notre conviction que la H.D., par la vagotonie qu'elle provoque en com-

primant les pneumogastriques, peut intervenir dans l'éclosion de ces affections. Toute autre, pathogéniquement paraît être, la dernière catégorie de faits : troubles d'allure hépato-biliaires, rencontrés chez les porteurs de H.D.

**5° Syndromes d'allure hépato-biliaire.**

Ainsi que nous l'avons déjà dit dans l'étude symptomatologique, bien souvent nos malades présentent un tableau d'allure hépato-biliaire, car l'association de plusieurs symptômes comme du pyrosis, des pituites, des nausées, une asthénie et une mauvaise bouche au réveil, des céphalées fréquentes et enfin une intolérance élective au lait, aux œufs et aux graisses, ne peut que nous orienter vers un syndrome hépato-vésiculaire que confirme, encore, la constatation du signe de Murphy ou d'un gros foie et d'anomalies radiologiques vésiculaires. De plus, l'épreuve du traitement et du régime vient corroborer la réalité de l'origine hépato-biliaire des troubles. Si la lithiase n'est démontrée que deux fois (Obs. n$^{os}$ 13 et 14) et suspectée dans deux autres cas (Obs. n$^{os}$ 33 et 35), c'est presque dans la moitié de nos observations (exactement 40 %) que nous trouvons des troubles d'allure hépatique et, surtout, vésiculaire. Simple coïncidence ? Ou l'une des deux affections est-elle primitive et génératrice de la seconde. Aucun argument ne permet d'incriminer la hernie à l'origine des troubles hépato-vésiculaires. Par contre, la lithiase, génératrice d'obésité et qui, ultérieurement, quand le foie devient insuffisant, peut certainement être, par ces variations de poids, un facteur favorisant de H.D. La prédominance du sexe féminin, la fréquence de troubles biliaires chez la femme vers la ménopause, la fréquence aussi, des variations pondérales à cet âge, apportent là encore, une explication. En d'autres termes, tout le chapitre étiologique en témoigne, il paraît bien que les conditions étiologiques de la lithiase et même de la simple hypotonie vésiculaire et de la H.D. soient très voisines.

Mais, peut-être, n'est-ce pas la seule explication. On sait,

en effet, la fréquence des H.D. cliniquement silencieuses, Akerlund et Berg, cités par Hillemand, ne prétendent-ils pas que près de 55 % des sujets de plus de 55 ans sont affligés d'une H.D. ? Donc, même si ce chiffre paraît exagéré à de nombreux auteurs, on est en droit de penser qu'un sujet porteur d'une H. D. et qui a, en même temps, une cholécystopathie ou une insuffisance hépatique, peut faire, du fait même de sa hernie, qui fragilise la muqueuse gastrique tout spécialement au niveau du collet et qui favorise la dystonie neuro-végétative de la sphère digestive, une forme dyspeptique ou gastritique de son affection hépato-vésiculaire. Ce biliaire qui, sans sa hernie, n'aurait, peut-être, que des troubles discrets, les a plus accentués à cause de la H.D. et cet accroissement des troubles fait décider l'examen radiologique baryté révélateur. En somme, une H.D. jusque là, latente par elle-même, peut aggraver ou révéler une affection hépato-biliaire. Chaque fois que le syndrome vésiculaire s'impose et, encore plus, s'il est confirmé par la radiologie, il faut penser que la H.D. n'est qu'une découverte radiologique. En effet, on a pu longtemps attribuer à une H.D. énorme, les troubles digestifs de la malade n° 19, troubles qui avaient provoqué le repas baryté, révélateur de la hernie. Cette malade, souffrant toujours, un interrogatoire minutieux, sans idée préconçue du fait de la hernie, et la constatation d'une sensibilité vésiculaire nette, ainsi que d'une vésicule radiologiquement exclue, entraînèrent un traitement de cholécystite. Dès lors, cette malade fut tout à fait soulagée. La H.D. n'était donc absolument pas responsable des troubles et avait été incriminée à tort.

En définitive, il ne faut pas chercher une explication unique à la fréquence de cette association H.D.-troubles hépato-biliaires, car les choses se passent, fort probablement, très différemment selon les cas.

— Nous relevons, enfin, un cas (Obs. n° 40) de H.D. chez un cirrhotique, ayant eu une ascite importante. On conçoit que l'hypertension intra-abdominale, par l'ascite, favorise

l'élargissement de l'hiatus œsophagien du diaphragme, de même que cette hypertension fait distendre l'ombilic qui se retourne en doigt de gant. Il est probable que la recherche systématique de H.D., chez les cirrhotiques ascitiques la ferait découvrir souvent, et il est possible, que ces hernies aggravent l'insuffisance cardiaque de ces sujets, favorisant ainsi, une tendance au collapsus. A cet égard, elles auraient une importance non négligeable.

Ce problème de l'association si fréquente à la H.D. d'autres affections, méritait d'être souligné et discuté sous l'angle pathogénique, clinique, voire thérapeutique.

## TRAITEMENT ET EVOLUTION

Les idées semblent avoir évolué depuis le temps où Quénu disait : « Toute hernie diaphragmatique doit être opérée ». Mais il ne se référait qu'à des cas bien particuliers, presque tous d'origine traumatique. En fait, existent beaucoup de hernies mineures, que les thérapeutiques médicales rendent plus ou moins latentes et qui échappaient autrefois au radiologiste.

Peu à peu, avec les progrès des techniques radiologiques, la généralisation des examens, on s'est aperçu (Akerlund et Berg, notamment) de la fréquence des H.D., parfois à éclipses, cliniquement silencieuses et ne nécessitant, évidemment, aucune intervention.

Sauf cas particulier, le traitement médical de la H.D. doit être, avant tout, médical. Bokus, que cite Hillemand, a été un des premiers à conseiller quelques petits moyens permettant, parfois, d'éviter l'intervention; lutter contre la tension abdominale, éviter la constipation, dormir sur le côté droit, la tête relevée.

Mais la thérapeutique médicale de la H.D. ne se borne plus actuellement, à ces quelques prescriptions hygiéniques. D'ailleurs, que nous apprennent nos observations ? La plus grande partie de nos malades a été traitée médicalement, l'intervention n'ayant été strictement conseillée que dans deux cas seulement (Obs. n$^{os}$ 10 et 20). Encore doit-on chercher les raisons exactes de cette conduite. Dans l'Observation n° 20, les crises de type solaire, sont extrêmement violentes, l'association à la H.D. d'une cholécystite, vraisemblablement lithiasique et de diverticules duodénaux rendait difficile le problème de l'ori-

gine exacte de ces crises et justifiait la laparatomie, en vue d'une cholécystectomie éventuelle qui aurait pu être complétée par la cure de la hernie. Dans l'autre cas, par contre, la hernie est très nettement à l'origine de l'indication opératoire. Mais, il s'agit-là, d'un estomac presqu'entièrement intra-thoracique, en point d'interrogation, le pylore et le fundus étant désinsérés; de plus, l'origine de la hernie est, selon toute vraisemblance, traumatique. Nous voyons donc que nos indications opératoires sont très limitées. Certes, quelques autres de nos malades auraient pu être justiciables de la cure chirurgicale, mais leur âge et leur obésité ont paru, au Professeur agrégé Dubarry, devoir la contre-indiquer. C'est notamment le cas de M. R... (Obs. n$^{s}$ 24), mort deux ans après d'un étranglement herniaire avec perforation du collet. Cette attitude médicale a également parue regrettable pour la malade de l'Observation n° 4, qui n'a été vue qu'une fois par J. Dubarry. Cette femme anémique était obèse, avait un cœur fatigué. Elle a succombé quatre semaines après, une intervention n'aurait-elle pas précipité les choses ? Par contre, voyons le cas de M. N... (Obs. n° 5) qui, malgré des hémorragies importantes et récidivantes, a obstinément refusé toute opération. Actuellement, après avoir été traité durant quelques mois seulement, il ne suit ni traitement, ni régime et vaque tout à fait normalement à ses occupations,, qui consistent surtout à faire son jardin. Bien entendu, ses accidents hémorragiques datent seulement de deux ans et rien ne prouve que cet homme ne rechûtera pas, mais rien ne permet, non plus, d'affirmer qu'il aurait parfaitement supporté l'intervention.

En somme, jusqu'ici, 5 % de nos malades, seulement, ont été opérés, ce qui correspond, à peu près, aux 21 interventions sur 220 H.D. de Harrington, car il est tout de même probable que, dans l'avenir, l'échec du traitement médical ou la récidive de troubles hémorragiques ou anémiques poseront une indication opératoire chez quelques-uns de nos malades. Ainsi, chez Mlle C... (obs. 12), on essaie, actuellement, un traitement

d'épreuve par les cholagogues, tout en envisageant la cure chirurgicale en cas d'échec.

Quelle a donc été, dans les autres cas, la thérapeutique mise en œuvre ? Il n'y en a aucune de spécifique, elle est essentiellement symptomatique, tenant compte de l'allure tantôt biliaire, tantôt ulcériforme ou, plus fréquemment gastritique des troubles.

Il faut aborder la thérapeutique avec l'idée que la hernie n'explique pas toujours le tableau clinique. Nombreux sont nos malades qui, soignés par les cholagogues et mis au régime des biliaires, ont vu leur état s'améliorer rapidement. La cure chirurgicale de la hernie aurait été inutile et, peut-être, nuisible.

Par ailleurs, nous avons considéré que, souvent, les douleurs étaient en rapport avec une gastrite du collet. Le traitement de la gastrite donne, le plus souvent, d'excellents résultats; soulignons l'efficacité particulière de l'hormone parathyroïdienne que J. Dubarry utilise systématiquement. Ajoutons que beaucoup de sujets ayant une H.D. ont été mieux dès que le diagnostic, en suspens depuis de longues années pour certains, était, enfin, porté. Redoutant le pire, ce diagnostic de hernie leur paraît rassurant et ils acceptent mieux leurs troubles.

Quand la H.D. s'accompagne d'ulcère gastro-duodénal, faut-il être interventionniste ou non ? Bien entendu, l'intervention doit consister dans une gastrectomie enlevant l'ulcère qui est, quelquefois dans ces cas, au niveau du collet ou dans la partie herniée, d'où gastrectomie souvent haute, en même temps qu'une cure radicale de la hernie. Nous pensons qu'un traitement anti-ulcéreux s'impose tout d'abord, comme pour tout ulcère. On ne peut espérer que la cure isolée de la H.D., même si celle-ci, comme c'est probable, a été un facteur déterminant de l'ulcère, permette la guérison de l'ulcus qui, une fois déclenché, évolue pour son propre compte. A l'inverse, si on gastrectomise le malade, en laissant la hernie, cette gastrectomie peut être vouée à des séquelles graves. C'est ainsi que J. Dubarry

a rapporté ,au nom de G. Dubourg, à la séance du 13 novembre 1949 de la Société Nationale de Gastro-Entérologie, dans la communication. Huit cas de H.D., l'observation d'une de leurs malades. Il s'agissait d'une femme gastrectomisée pour ulcère, peu améliorée par l'intervention et chez qui on a trouvé, ultérieurement, une H.D. dont la cure atténua les troubles. En somme, si on n'a pas le droit d'être obstinément non chirurgical, on ne doit donc pas, nous semble-t-il, être systématiquement interventionniste.

En ce qui concerne les H.D. associées à des troubles asthmatiques ou angoreux, c'est, évidemment, ces troubles qu'il faut traiter, en ajoutant des médications anti-gastritiques.

Enfin, dans tous les cas, le régime est toujours un facteur primordial de guérison, à condition d'entendre, par là, la sédation des troubles et non la disparition de la H.D. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons noté dans l'étude symptomatologique, nombreux sont les malades qui ont des intolérances alimentaires nettes aux féculents, aux graisses, aux œufs, etc. Le simple bon sens conseille d'en tenir compte.

Quant aux formes anémiques ou hémorragiques, là encore, c'est le traitement médical qui doit être institué d'abord, et, surtout, dans les formes anémiques, son résultat est parfois remarquable, par l'association de fer, d'extraits hépatiques et de vitamine B12. Mais ce traitement doit être poursuivi très longtemps; le prouve l'observation 1 : la malade s'étant crue guérie, avait abandonné tout traitement, ce qui l'a conduite à la rechute, laquelle a, d'ailleurs, cédé à l'administration de vitamine B12.

Quels ont été les résultats de cette thérapeutique ? Nous nous interdirons de donner toute statistique car beaucoup de nos malades n'ont pas été revus, une fois le diagnostic fait et le traitement prescrit. Néanmoins, nous avons appris le décès de 4 d'entre eux; 2 seulement sont morts du fait de leur hernie (obs. 4 et 24); un de récidive de cancer gastrique (obs. 9); le dernier de perforation ulcéreuse (obs. 25). Mais, le plus sou-

vent, chaque fois qu'il a été possible de suivre le malade, le traitement médical a, sinon fait disparaître ses troubles, du moins, les a fortement atténués.

En résumé, tout ce que nous venons de dire nous permet de penser, qu'à quelques exceptions près, toute H.D. de l'adulte d'origine non traumatique est justiciable d'un traitement médical d'épreuve. Pour les hernies traumatiques, la conduite peut être différente, car, très souvent, existe une large brèche diaphragmatique qui nécessite l'intervention, comme c'est le cas pour un de nos malades (obs. 20).

Quand la hernie sera associée à une affection nettement définie, c'est celle-ci qu'il faudra traiter, sinon on mettra en œuvre une thérapeutique anti-gastritique en même temps qu'on conseillera un régime anti-dyspeptique. Ce n'est qu'après échec de ce traitement qu'on sera en droit de confier le malade au chirurgien, l'intervention étant beaucoup moins bénigne que la banale cure de hernie inguinale ou crurale. Mais les anesthésies actuelles, en circuit fermé, n'en font plus l'intervention redoutable qu'elle était récemment encore.

## CONCLUSIONS

L'étude de ces 40 observations personnelles nous suggère les conclusions suivantes :

1° Au point de vue étiologique, il s'agit, presque toujours, ici, de hernies hiatales de l'adulte, d'origine non traumatique. En sont atteintes, plus souvent (60 %), des femmes aux environs de la ménopause. Très fréquemment, nos malades sont des obèses ou d'anciens obèses ayant récemment maigri. Un relâchement généralisé des tissus paraît une condition prédisposante de la H.D., la fréquence, chez nos malades, d'autres hernies, d'un prolapsus génital ou de diverticules coliques en témoigne.

A ces facteurs favorisants qui s'intriquent souvent, s'associe dans un nombre impressionnant de cas (près de 40 %), une cholécystite. Peut-être, parce que la H.D. est souvent, comme les cholécystites, l'apanage de la femme, la hernie, latente cliniquement, étant découverte à l'occasion de l'examen radiologique que les troubles dyspeptiques, d'origine biliaire, conduisent à pratiquer. Peut-être, parce qu'un même terrain « arthritique » prédispose à ces deux affections.

2° Le caractère principal de la symptomatologie est son polymorphisme. Cependant, les troubles les plus fréquemment notés, dans nos observations, sont des douleurs épigastriques ou rétro-sternales, de type post-prandial ou semi-tardif, soulâgées par des vomissements ou le décubitus. Peut-être, cette proportion de formes dyspeptiques vient-elle du fait que 37 de nos 40 cas proviennent d'une consultation de gastro-entérologie ou

de la clientèle d'un gastro-entérologue, le Professeur agrégé Dubarry. Néanmoins, à côté des formes dyspeptiques, nous avons observé des formes anémiques.

3° Il est remarquable qu'en dehors d'autres lésions herniaires, la H.D. soit très souvent associée à des maladies digestives, respiratoires ou cardiaques. Cette association pose le problème du rôle de la H.D. dans le déterminisme des troubles cliniques, et des relations entre la hernie et ces affections associées. Parfois, la maladie associée semble être une complication de la H.D. : ulcère, asthme ou angor, la hernie ayant été l'épine irritative qui a créé le terrain favorable à l'éclosion de la maladie. D'autres fois, c'est l'affection associée qui la fait découvrir et il semble y avoir simple coïncidence. Ce problème pathogénique des associations lésionnelles n'a pas qu'un intérêt spéculatif. Il est, au contraire, essentiel au point de vue pratique. Si la clinique orientait vers un autre diagnostic, dont la preuve doit être systématiquement poursuivie, la découverte d'une H.D. ne doit pas être un prétexte à l'arrêt des autres investigations. Ce n'est que si aucune explication satisfaisante n'est apportée qu'on est en droit de rattacher à la hernie le tableau clinique.

4° C'est dire, au point de vue thérapeutique, qu'on ne conseillera une intervention chirurgicale sur la hernie qu'après avoir tenté des traitements d'épreuve d'autres maladies possibles. Et, très souvent, quand les troubles paraissent relever de la hernie, un traitement médical de gastrite amène-t-il la disparition, plus ou moins totale, des troubles. Il en est de même, dans certaines formes anémiques, où le traitement anti-anémique peut souvent suffire.

## SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
Le 8 juillet 1952
*le Doyen,*
G. PORTMANN.

Bordeaux le 7 juillet 1952
Le Président de Thèse :
P. BROUSTET.

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 11 juillet 1952
*Le Recteur,*
E. DELAGE.

## BIBLIOGRAPHIE


AKERLUND. — Hernie diaphragmatique de l'hiatus œsophagien au point de vue anatomique et radiologique in Actes radiol. 1926, vol. 6, fasc. 1, n° 29 et 34.

BEAL (J.-M.) — Hernie diaphragmatique secondaire à une vagotomie sous-diaphragmatique in Surgery, vol. 36, n° 4, juill. 1948, pp. 625-627.

BERG (H.-H.). — Ueber das klinische der Divertikel des Magen-Darmskanal in Verhandlungen der gesellschaft für Verdaungkrankheiten, Leipsig, Thieme éditeur 1930.

BERGERET (A.), HILLEMAND (P.) et BARRE (Y.). — A propos d'un cas de diverticulite jéjunale. Association à une H.D. de diverticules du duodénum et du sigmoïde in Arch. des mal. de l'app. digestif, 1944, t. XXXIII, n° 9 et 10, pp. 200-202.

BERGMANN (G. VON). — Funktionnelle Pathologie; eine klinische Sammlung von Ergehnissen und Anschauungen einer Arbeitsrichtung. Julius Springer éditeur, Berlin 1932.

BENARD (H.), RAMBERT (P.) et CANIVET (J.). — Les formes anémiques de la H.D. de l'estomac in Sem. des hôp. de Paris, 1947, t. XXIII, n° 19, pp. 1239-1245.

BOUCHERON et MARTIN. — Hernies diaphragmatiques rétro-costo-xiphoïdiennes. Ac. de Chir. Séance du 4 juin 1952.

BRICK (I.-B.). — Fréquence de la hernie de l'hiatus et des lésions associées diagnostiquées par les rayons X in Arch. Surg, 1949, 58, 419. — Hernie diaphragmatique et cancer de l'œsophage et de l'estomac in Gastro-entérol., vol. 13, n° 1, juill. 1949, pp. 47-56.

CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique générale, Paris, 1849.

Doumer, Lorriot (A.-I.), Belbenoit (C.) et Mesmaque (R.). — Syndrome angineux dû à une hernie diaphragmatique de l'estomac in Presse méd., 16 mai 1951.

Dubarry (J.) et Dubourg (G.). — Antro-pyloro-bulbite vagotonique pseudo-ulcéreuse. Le traitement des formes rebelles par la vagotomie double sous-diaphragmatique. Soc. nat. de gastro-ent. Séance du 12 janv. 1948, in Arch. des mal. de l'app. dig., t. XXXVII, n° 7, 8, 1948 et séance extra-annuelle de la Soc. belge de gastro-ent. du 12 juin 1949, in Acta gastro-enter., fasc. 5-6, mai-juin 1949.

Dubarry (J.) et Dubourg (G.). — Trois cas d'antro-bulbite vagotonique avec péritonite péri-œsophagienne. Soc. nat. gastro-ent. Séance du 13 mars 1949.

Dubarry (J.), Rumeau (P.) et Mlle Couteau (M.-J.). — Maladie ulcéreuse avec grosse hernie diaphragmatique et double ulcère, l'un perforé bouché par le foie, l'autre perforant le diaphragme. Soc. anat. clin. de Bordeaux, 10 mai 1948, in Journ. Méd de Bordeaux, n° 3, 1949, pp. 1-37.

Dubourg (G.). — Huit cas de hernie diaphragmatique, rapportés par Dubarry (J.) à la Soc. nat. de gastro-ent. Séance du 13 nov. 1949 in Arch. des mal. de l'app. dig., janv. 1950, 39, n° 1-109.

Dubourg (G.) et Dubarry (J.). — Vagotomie double sous-diaphragmatique pour gastro-duodénite pseudo-ulcéreuse. Ac. de Chir., séance du 23 avril 1947.

Gilbrin (E.). — Hernie diaphragmatique in Phare médical de Paris, août 1951.

Guibal (J.), Gosset et Bergeret. — Hernie diaphragmatique par l'hiatus œsophagien et ulcère de la petite courbure. Séance de l'Académie de chir., 13 nov. 1946.

Guichard (R.). — Quelques considérations sur les hernies diaphragmatiques, en particulier sur les hernies par l'hiatus œsophagien in Journ. de Méd. de Bordeaux, n° 12, déc. 1951.

Gutmann (R.-A.). — Les hernies diaphragmatiques, in Les syndromes douloureux de la région épigastrique, t. II, pp. 613-630.

Harrington (S.-W.). — Hernies diaphragmatiques sous-costo-sternales. Le trou de Morgagni in Surg. Gyn. Obst. nov. 1941, 73, n° 5, pp. 501-614. — Considérations radiologiques à propos du diagnostic et du traitement de la hernie diaphragmatique in

Am. Journ. Roentgenology, 1943, n° 49, p. 185. — Le traitement chirurgical des types les plus communs de hernie diaphragmatique in Ann. Surg. oct. 1945, 122, n° 4, p. 146.

Hillemand (P.). — Les hernies de l'estomac in Maladies de l'estomac, de l'œsophage et du duodénum, Traité à feuillets mobiles, Flammarion, éditeur, pp. 741-760.

Honain (A.). — Anémie dans la hernie diaphragmatique de l'adulte in Presse méd., n° 50, 21 juill. 1951.

Jahnke (H.) — Ueber gastrokardiale Erscheinungen als Folgen und Dauerzustande nach linksseitigen Phrenikusexairese in Deutsche medizinische Wochenschrift, n° 50, 9 déc. 1931, p. 1957.

Lafargue (P.) et Doutre (L.-P.). — Hernie de l'hiatus œsophagien et brachyœsophage in Journ. de Méd. de Bordeaux, n° 1, janv. 1950, pp. 1-4.

Magendie (J.-M.), Dubarry (J.) et Tingaud. — Hernie diaphragmatique étranglée avec perforation gastrique. Soc. anat. clin. Bordeaux, séance du 18 février 1946, in Journ. Méd. Bordeaux, n° 1, janv. 1947, p. 35.

Mialaret (J.). — Hernie diaphragmatique par l'hiatus œsophagien et son traitement par voie thoracique in Sem. des hôp. de Paris, 1951, n° 69, pp. 2703-2717.

Moreau. — Réflexions sur les ulcères gastro-duodénaux, à propos de l'étude des antécédents et les affections associées. Thèse Bordeaux, 1942.

Morhardt (P.-E.). — L'estomac, le diaphragme et les troubles du cœur in La vie médicale, 10 janv. 1934.

Mothes. — Contribution à l'étude des rapports entre les petites hernies épigastriques et ombilicales et les ulcères gastro-duodénaux, thèse Bordeaux, 1945.

Olsen (R.) et Harrington (S.-W.). — Hernie diaphragmatique de l'hiatus œsophagien avec œsophage court. Considérations étiologiques et thérapeutiques in The Journ. of Thorac. Surg., vol. 17, n° 2, avril 1948, pp. 189-209.

Quenu (Jean). — Les hernies diaphragmatiques. Etude clinique et opératoire. Thèse Paris, 1920. — Dépistage des hernies diaphragmatiques. Radiodiagnostic extemporané in Presse méd. 947, t. LV, n° 57, pp. 642-644.

Rau (L.). — Hernie diaphragmatique à travers le foramen droit de Morgagni en tant que cause d'asthme in Proc. Roy. Soc. méd., nov. 1949, 42, n° 11, 864.

Reboul (Y.), Martin (P.-L.) et Masseys (L.-C.). — Sur deux cas de hernie gastrique associées à un syndrome anémique (le 2e cas comportant un ulcère du collet) in Soc. franç. d'électro-radiol. Filiale du Sud-Ouest, 30 mai 1949, pp. 229-232.

Rossien (A.-X.), Reuling (J.-R.) et Stanton (H.). — Une étude de la hernie diaphragmatique in The Amer. Journal of Digestive Diseases, vol. 17, n° 3, mars 1950, pp. 69-75.

Warmoes (F.) et Pennewaert. — Hernies de l'hiatus œsophagien. Acta gastro-entérologica, fasc. 5, mai 1948, pp. 242-249.